VICTOR
SĂHLEANU

CONCEPȚII DESPRE OM ÎN MEDICINA CONTEMPORANĂ

DISCOBOLUL

Scanned with OKEN Scanner

VICTOR
SĂHLEANU

CONCEPŢII DESPRE OM ÎN MEDICINA CONTEMPORANĂ

EDITURA DACIA
CLUJ-NAPOCA
1976

Scanned with OKEN Scanner

DIN LUCRĂRILE ACELUIAȘI AUTOR

Metode matematice în cercetarea medico-biologică (1957); Elemente de matematici generale pentru medici și biologi (1963); Metode matematice în biologie (1965); Chimia, fizica și matematica vieții (1965, ed. rusă 1970); Biofizica (1966); Omul și sexualitatea (1967, ed. maghiară și germană, 1968); Etica cercetării științifice (1967); Omul și îmbătrînirea (1971); Poem didactic (1970, ed. a II-a 1971); Nobila aventură a științei (1971); Arta rece și știința fierbinte (1972); Știința și filozofia informației (1972); Eseu de biologie informațională (1973).

ÎN COLABORARE

Probleme de sexologie masculină (1958); Actualități în endocrinologie și metabolism (1962); Fiziopatologia experimentală a glandei tiroide (1963); Hormonii și patologia cardiovasculară (1966, ed. rusă 1969); Dialectica metodelor în cercetarea științifică (2 vol., 1966); Introducere în sexologia masculină (1966); Introducere în biofizică (1968); Introducere în gerontologie (1969); Vita sexualis (1972, ed. maghiară, 1974); Biologie generală (1972, ed. a II-a 1974); Biologie umană (1972, ed. a II-a 1974); Introducere critică în psihanaliză (1972); Psihologia profesiunii medicale (1973); Mică enciclopedie de biologie și medicină (1976).

Scanned with OKEN Scanner

Lucrarea documentară de față năzuiește să prezinte cititorilor principalele concepții despre om care s-au afirmat, mai mult sau mai puțin pregnant, în medicina secolului al XX-lea. Am intercalat unele curente de idei și unele poziții doctrinare menite să sugereze tentațiile — dar și dificultățile înscrierii unei contribuții convingătoare în acest sector. O simplă panoramă a teoriilor nu ar corespunde interesului major al problemei — acela de a indica *aportul medicinii la o antropologie științifică;* de aceea, am riscat o sistematizare a lor, străduindu-ne însă, tot timpul, să oferim un rezumat fidel al ideilor altora.

Lucrarea încearcă, totodată, să pună la dispoziția medicilor (și nu numai a medicilor) cele mai importante *teze ale antropologiei* secolului nostru, *ca fundamente teoretice pentru* o *practică* cît mai adecvată. Fiecare dintre autorii citați a simțit nevoia unei astfel de fundamentări, dar a elaborat-o pornind de la informații parțiale sau de la nevoile de clarificare ale unui specialist. Meritul autorilor trecuți în revistă constă în primul rînd în evidențierea unui aspect, unui factor, unui mecanism. Unilateralizarea duce la simplism și la dogmă; numai cuprinderea comparativă, critică și sintetică, întregește viziunea despre Om.

În prima parte a cărții am grupat concepțiile care se referă, cu precădere, la *organismul* uman, în accepția biologică a acestui termen. Pentru întemeierea lor, datele clinice s-au completat, larg, cu date de laborator. Conceptele de materie vie, de celulă, de țesut, de organ — aruncă o punte între lumea ani-

mală și lumea umană. Modelele experimentale, cărora le datorăm multe dintre succesele medicinii științifice, nu trebuie însă să ne facă să credem că eficacitatea medicinii se explică exclusiv prin înțelegerea *biologiei* organismului uman. De aceea, partea a doua grupează doctrine, teze și recomandări care pun accentul pe ceea ce este *caracteristic* uman și, treptat, caută să evidențieze ceea ce este *specific* uman. Desigur, există și o *biologie* specific umană, conturată în perspectivă evoluționistă, ecologică și etologică, dar viața umană, întrucît e specific umană, se cere examinată neapărat în coordonatele sale psihologice, sociologice, culturale și axiologice. Numai o cuprindere *dialectică* a tuturor acestor aspecte (sau/și o cuprindere a dialecticii acestor aspecte) poate fundamenta simultan o abordare apropiată a fenomenului uman și un umanism medical cu adevărat științific.

Înțeleasă astfel, lucrarea de față nu-și asumă sarcina de a propune o nouă concepție, sintetică, proprie, ci de a oferi materialul informativ care să ajute la o asemenea sinteză. Caracterul oarecum enciclopedic și istoric al cărții este deliberat. Poate că, printre cititorii cărții noastre, se va găsi și cel care să o folosească pentru realizarea acestui deziderat. Cititorii vor ști să distingă elementele certe de cele ipotetice, dar promițătoare, sau de cele depășite. Cu această speranță, totodată modestă și îndrăzneață, îi invităm la o parcurgere atentă (lucidă dar și îngăduitoare) a paginilor ce urmează.

Scanned with OKEN Scanner

Partea I-a

CONCEPȚII DESPRE ORGANISMUL UMAN

1. CONCEPȚIILE DINAMICE ÎN PATOLOGIE

Încă în 1816, J. Chr. Reil afirmase că știința despre boli nu este altceva decît *fiziologia* corpului în suferință *(physiologia corporis aegrotantis).* Realizările anatomiei patologice — ilustrate mai întîi de Morgagni (în secolul al XVIII-lea), căutător neobosit al localizărilor bolilor (doctrina lui *sedes morbi),* apoi, în secolul următor, de R. Virchow (doctrina *patologiei celulare)* au generat mentalitatea care tindea să identifice esența bolii cu leziunea locală. „Morfologismul" acesta clasic este o concepție totodată localicistă (și nu integrativă) și solidistă (punînd accentul pe substanța vie și nu pe umori). Meritele incontestabile ale metodei anatomo-clinice (printre întemeietorii căreia se numără și Laënnec) în conturarea multor entități morbide, au dus la o viziune schematică *specifistă* despre relațiile între leziune și sindrom. Pe aceeași linie s-a înscris și gîndirea *etiologistă,* inaugurată de către descoperirile bacteriologice ale lui Pasteur: o anumită cauză microbiană produce un tablou lezional specific, care este baza unui tablou clinic caracteristic.

Depășirea acestei viziuni care punea accentul pe local, pe anatomic, pe etiologic, în sensul monocauzalității, pe specificitatea strictă — a fost realizată, parțial, de către concepțiile care puneau accentul pe „teren", pe general, pe funcțional, pe aspectul umoral, pe patogenie, pe funcțiile de reglare, pe condiții

(mai mult decît pe „cauze"), pe reacțiile nespecifice. Împotriva etiologismului schematic pasteurian, încă Cl. Bernard afirmase: „microbul nu este nimic, terenul este totul".

1. G. Ricker[1] consideră că patologia este o știință a naturii și, ca atare, trebuie cercetată cu metodele biologiei. Fiziologia și patologia alcătuiesc de fapt, o unitate, o *unică* știință care nu poate fi numită decît *fiziologie*. Scopul cercetătorului este de a descoperi *relațiile cauzale* între fenomene. Patologia este, în adevăr, o „patologie a relațiilor". Ricker reduce analiza științifică la analiza cauzală; el respinge considerentele privind „rostul" reacțiilor biologice ale organismului pe motivul că sînt „teleologice". Vom vedea mai tîrziu că înțelegerea organismului are nevoie și de concepte ca cele de ordine și de organizare („bionomia" lui Rothschuh), pe lîngă conceptele cauzale. De fapt, științele naturii sînt *nomotetice* (stabilesc legi, principii etc.) și nu numai, sau nu neapărat — cauzal-analitice. De aceea, concepția lui Ricker poate fi privită numai ca o „viziune parțială" asupra edificiului organic.

2. G. von Bergmann accentuează primatul funcționalului[2]. El consideră leziunea doar ca pe o *epicriză morfologică* a unei tulburări de activitate. O particularitate a concepției sale constă în importanța pe care o dă aspectelor psihice, nu numai ca *reflex* al tulburării organice ci și ca *primum movens* posibil al acesteia. Tulburarea de activitate viscerală este adeseori psihogenă și se termină printr-o distrugere structurală, consecutivă tulburărilor de circulație, spasmului etc.

3. „Patologia de reacție" (Neergaard ș.a.) vede în noxe, în primul rînd, *excitanți*. Predispozițiile mor-

---

[1] G. Ricker, *Pathologie als Naturwissenschaft. Relationspathologie*, Berlin, 1924; G. Ricker, *Wissenschafts-theoretische Aufsätze für Ärzte*, Stuttgart, 1951.

[2] G. v. Bergmann, *Funktionelle Pathologie*, Berlin, 1936.

bide sînt predispoziţii reactive, *patergii* în sensul lui Roessle (modalităţi particulare ale acesteia fiind *alergia* lui v. Pirquet şi *anafilaxia* lui Ch. Richet). Vom vedea că doctrine „fiziologiste" din aceeaşi categorie au fost elaborate de către I. P. Pavlov şi elevii săi. Obiecţia principală care li se poate aduce este simplă: nu orice noxă este patogenă *pentru că* este un excitant; există noxe direct destructive. Mai subtilă este însă următoarea obiecţie, aparent secundară: viziunea aceasta trece cu vederea spontaneitatea, *activitatea* proprie a organismului. Tentativele de a lega spontaneitatea de „libertatea internă" şi de a reduce această libertate la amplificarea biologică a unor fenomene microfizice (P. Jordan) nu sînt, însă, satisfăcătoare[3].

4. „Patologia de reglare" *(Regulationspathologie)*[4] pune accentul (întrevăzut, dealtfel, încă de Virchow!), pe funcţiile de reglare. De fapt, *orice* concepţie modernă despre organism şi boală pune accentul pe sistemul nervos şi sistemul endocrin, ca sisteme integrative şi de reglare. În evoluţia cercetărilor şi concepţiilor despre materie s-a pus accentul succesiv pe aspectele substanţiale, pe cele energetice şi pe cele „informaţionale"; corespunzător, în tehnică, putem recunoaşte interesul succesiv pentru tehnologia materialelor, pentru energetică şi, apoi, pentru automatizare; iar în medicină — deplasarea studiilor de la lezional, la fiziopatologic şi apoi la funcţiunile de reglare[5]. Patologia de reglare se continuă ca atare în medicina nervistă şi în medicina cibernetică.

[3] K. v. Neergaard, *Dynamische Reaktionspathologie*, Basel, 1946.

[4] L. R. Grote, *Die Idee der Naturheilkunde im Aspekt der allgemeine klinische Krankheitslehre*, „Hippokrates", 1951, vol. 22, p. 522.

[5] V. Săhleanu, *La cybernétique comme point de vue*, „Actes II Confér. Internat. Cybernétique", Namur, 1958, p. 746—748.

5. Desigur, orice doctrină „fiziologică" privind sănătatea și boala se va axa pe studierea și pe implicarea *sistemului nervos vegetativ*. Printre conceptele de bază din sectorul fiziopatologiei sistemului nervos vegetativ menționăm:

a) conceptul de *tonus vegetativ,* a cărui importanță a fost subliniată de Eppinger și Hess (1914), odată cu distingerea tipurilor de *vagotonie* și *simpaticotonie;*

b) conceptul de *sistem vegetativ funcțional,* cu legile sale specifice de organizare și activitate, la a căror descifrare au contribuit atît Hess cît și D. Danielopolu;

c) conceptul de *homeostazie,* înțelegînd prin acest termen capacitatea organismelor superioare de a-și menține (prin regulațiuni), la un nivel aproape constant, anumiți parametri esențiali, fizici (ex. temperatura) sau chimici (ex. glicemia) (Cannon, 1929);

d) conceptul de *iritație neuro-vegetativă,* exprimînd o stare anormală de hiperexcitație cu răsunet distrofic grav asupra țesuturilor — concept elaborat de Reilly, Speranski, Tardieu;

e) conceperea unei legături tot mai strînse a sistemului vegetativ ganglionar visceral, extranevraxial, cu nevraxul și mai ales cu encefalul; abandonarea termenului și înțelesului de „sistem nervos autonom".

În cele ce urmează vom da anumite detalii privind evoluția acestor concepte în ultimele decenii.

Ad a) Principala *corecție* la concepția lui Eppinger și Hess despre existența tipurilor umane cu *predominență* vagală respectiv simpatică, a fost adusă de D. Danielopolu, care a introdus conceptul de *amfotonie.* După teoria acestui ultim autor, o funcționare echilibrată nu poate fi asigurată prin inervație antagonistă decît dacă antagonismul este „interstimulant" (dar cu predominență). Cu alte cuvinte, ridicarea tonusului simpatic atrage cu sine și ridicarea tonusului vagal, iar coborîrea tonusului vagal determină redu-

cerea tonusului simpatic ş.a.m.d. D. Danielopolu deosebeşte, ca atare, şi grupele *amfotonicilor* (inclusiv hipoamfotonici, hiperamfotonici etc.).

Interpretarea *biologică* a celor două orientări fundamentale vegetative, opuse, porneşte de la identificarea simpaticotoniei cu orientarea *ergotropă* (care pune la dispoziţie energie, este deci predominant dezasimilatoare, catabolică) şi a vagotoniei cu orientarea *trofotropă* (predominant anabolică, asimilatoare: controlează economia energetică, refacerea, regenerarea; este totodată *histotropă*).

F. Hoff a fost unul dintre cei mai fervenţi popularizatori ai acestui punct de vedere, în patologia generală; el a arătat că procesele de apărare şi de adaptare decurg *fazic*, cu stadii de dominare simpatică, respectiv vagală (parasimpatică). În general, unei faze de hipersimpaticotonie (cu febră, leucocitoză, reticulocitoză, metabolism bazal crescut, hiperglicemie), însoţită de hipovagotonie (cu eozinopenie şi scăderea rezervei alcaline, a raportului K/Ca, a albuminemiei etc.) i-ar urma o fază de hipervagotonie cu inversarea valorilor amintite. Starea de reactivitate organică şi capacitatea de apărare depind de tonusul vegetativ predominant ca şi de reactivitatea sistemului vegetativ. Stimularea organismului prin orice terapie este, în esenţă, o modificare a acestor parametri *(Umstimmung, meteufizie)*. După unii autori, regulatorii principali ai tonusului vegetativ sînt substanţele alimentare de bază (Gremels, 1948). Tonusul vegetativ lucrează însă în strînsă împletire cu sistemul endocrin.

I. Cotăescu a criticat schema „vagotonie-simpaticotonie". După acest autor, factorii adrenergici şi colinergici sînt mai activi sau mai puţin activi în funcţie de intensitatea solicitării funcţionale ca şi de starea de reactivitate şi excitabilitate a sistemului nervos. El admite o altă dualitate şi anume aceea: *acţiune* (cu creşterea activităţii reflexogene) — *repaus, somn* (cu scăderea acestei activităţi)[6].

---

[6] I. Cotăescu, *Zece ani de cercetare în fiziologia patologică*, „St. cercet. şt. medicale" (Timişoara), 1960, vol. 7., p. 199—200.

Ad b) Este de menționat că W. R. Hess a pornit de la studiul sistemului nervos vegetativ pentru a schița nu numai „principiile unei ordini organice" în genere[7], ci și legile de organizare ale sectorului *psihic*. W. R. Hess și-a cîștigat mari merite în cercetarea „centrilor" vegetativi de la baza creierului. El a pornit însă de la examinarea „finalității intrinseci" *(Zweckmässigkeit)* în sistemul circulator. Menționăm că autorul a propus termenul de *sintelie* pentru ordinea colectivă a activităților organelor implicate într-o comportare de ansamblu, de exemplu în fugă (1950). În cercetări recente, W. R. Hess admite că procesele psihice sînt cele care „comandă" ordinea constatată în procesele somatice.

Modelul cel mai amănunțit al funcționării sistemului nervos vegetativ a fost elaborat de D. Danielopolu și va fi expus la locul potrivit.

Ad d) Bazele experimentale cele mai largi pentru teoria iritației au fost stabilite de A. D. Speranski și Reilly; lucrările lor, pe care le vom prezenta ulterior, reprezintă totodată o „negare dialectică" a valorii fiziologiei pentru patologie.

Ad e) Este de remarcat că, în ultimii 30—40 ani, implicațiile neuro-vegetative în patologie sînt privite ca implicații ale zonelor neuro-centrale de integrare. Totodată, există tendința de a admite că distincția „clasică", făcută între sistemul nervos vegetativ și cel al vieții de relație, nu are decît o valoare didactică. „Autonomia" (Langley) sistemului vegetativ este mult mai mică decît s-a crezut cîndva. În această privință sînt de menționat contribuțiile aduse atît de școala lui I. P. Pavlov (L. Orbeli, K. M. Bîcov, M. A. Usievici) cît și de școala neurofiziologică românească (O. Sager, Gr. Benetato ș.a.).

---

[7] W. R. Hess, *Prinzipien organischer Ordnung am Beispiel des vegetativen Nervensystems*, „Kl. Wochenschr", 1951, p. 105; de același autor: *Biomotorik als Organisationsproblem*, „Naturwiss.", 1942, p. 441, 537; idem: *Kollektive Ordnung im biologischen Aspekt*, „Festschr. M. Huber", 1950 ș.a.

6. O doctrină nervistă (în care autorul dovedește certe note de precursor) și cu aplicații practice imediate *(sui generis)* aparține oto-rino-laringologului P. Bonnier[8]. El numește *biostatică,* întreținerea indefinită a activității, echilibrul funcțional organic și deosebește, în cadrul ei: a) *organostatica* (referitoare la troficitate); b) *histostatica;* c) *melostatica* (referitoare la unitatea funcțională). Un număr uriaș de neologisme sînt create de autor pentru a desemna variantele particulare ale acestei *biostazii* (în fond, identică cu homeostazia lui W. B. Cannon!), de la *filostatică* și *ontostatică,* trecînd prin *psihostatică* pînă la *„sintetistatică"* (referitoare la echilibrul chimic). *Epistazia* reprezintă „enervarea", vicierea echilibrului nervos printr-o excitare minimă, continuă, uneori la distanță (de ex. astmul, ce poate apare cînd „spinul iritativ" este un polip nazal). Atribuind bulbului rahidian un rol esențial în biostatică, P. Bonnier propune și execută centroterapia reflexă endonazală, iritînd sau cauterizînd puncte din zona receptoare a nervului trigemen. În mîinile sale, centroterapia a fost, aproape, un panaceu.

2. *POZIȚIA LUI R. LERICHE*

Admirabil stilist, scriitor fecund, acest întemeietor al „chirurgiei fiziologice" franceze a avut numeroși adepți în medicina țărilor latine.

R. Leriche ajunge la constatarea că „știința omului bolnav" nu mai este, astăzi, ansamblul omogen care era altădată; ea nu mai reprezintă un tot, ci o „piesă cu o sută de acte diverse". Există, totuși, o aspirație către *ora sintezei.* Predominanța explorărilor tehnice,

[8] P. Bonnier, *Défense organique et centres nerveux,* 1 ed., Flammarion, 1914; 3 ed., Alcan, Paris, 1929.

„dictatura aparatelor", face să se uite „omul total, ființă de carne și de sentiment"; experimentarea pe animal s-a dezvoltat în dauna observării directe a omului de către om, adică a experimentării clinice. „Determinismul acut al experiențelor (pe animal, *V.S.*) n-are adesea nimic comun cu geniul lent al dezordinelor noastre latente... Producerea unui simptom, chiar major, la un cîine, nu înseamnă că am realizat boala umană"[9]. Orice boală este o experiență ce se cere citită; secretul ei ni-l poate spune mai curînd *omul bolnav* decît animalul; intervenția terapeutică (care ne face să introducem o variabilă *cunoscută* în economia fenomenelor) se înscrie, de asemeni, pe linia gîndirii experimentale. Acest fapt este cu deosebire limpede în chirurgie: dacă chirurgia și-ar lua ca temă constantă de lucru o *astfel* de observație, „efortul ei ar putea fi decisiv pentru medicina umană". Reținem ideea că exigențele amintite nu reprezintă numai punctul de vedere al practicianului; îndeplinirea lor nu este numai o condiție *sine qua non* a îmbunătățirii practicii cotidiene ci și o condiție a progresului cercetării științifice. „Omul, *ondoyant et divers* (după expresia lui Montaigne), chiar și în boală, nu este în toate părțile sale, o cantitate măsurabilă... În boală există mult mai multe lucruri decît cele pe care le pot cuprinde tehnicile noastre, în luptă cu individualul".

În concepția lui Leriche, boala umană este „mai puțin o fiziologie deviată, cît o fiziologie nouă unde multe lucruri, acordate la un ton nou, au rezonanțe neobișnuite. Există în noi, în fiecare moment, mult mai multe posibilități fiziologice decît acelea pe care ni le relevă fiziologia. Dar este nevoie de boală, pentru a ni le revela". Așadar patologia este și un izvor

---

[9] R. Leriche, *Physiologie et pathologie du tissu osseux*, Ed. Masson, Paris, 1939.

Scanned with OKEN Scanner

mult mai bogat de *cunoaștere fiziologică*, decît *experimentul fiziologic* tradițional.

Pentru a înțelege boala, este nevoie să ne situăm pe o poziție adecvată. Această poziție este — după Leriche — cea preconizată de X. Bichat, încă la începutul secolului al XIX-lea; patologia trebuie să caute să redevină (sau să devină) o *patologie tisulară*. Cercetarea vieții proprii, vegetative, a fiecărui țesut, a vieții dusă de acesta „în interesul său propriu" (și nu a vieții de relație cu alte țesuturi) este cheia lămuririi proceselor patologice. Există, de exemplu, o biopatologie a endovenei și a endarterei, care nu este biopatologia adventicelor; cu alte cuvinte, s-ar putea spune că *patologia celulară* (Virchow) și *patologia de organ* (Morgagni) nu ne sînt suficiente. Punctul de vedere al „intereselor organismului", adoptat în exclusivitate, ne poate duce la erori antropocentrice. A concepe boala ca o luptă între organism și puteri nocive este — în mare măsură — o eroare prin antropomorfizare. De fapt „țesuturile *ne* ignorează", ele își trăiesc „viața lor", făcînd deseori abstracție de individul organic: „pentru o mare parte a patologiei, pentru aceea care nu este infecție, nu vedem nimic, în țesuturi, care să reprezinte, față de boală, o revoltă sau o protecție". Actele vieții pot să ne apară, cîteodată, *ilogice*, deoarece rațiunea noastră are întotdeauna grijă să caute un sens. Înțelegerea fiziologiei și a reacțiilor tisulare cere o sistematizare a faptelor după alte simetrii decît cele cu care ne-am obișnuit. Astfel, viața osoasă poate fi „înțeleasă" dacă o privim ca pe o *viață organizată în funcție de un depozit*.

Preconizînd descrierea „istoriei naturale a vieții țesuturilor", care este *în spatele* aparențelor clinice pe care le comandă (Leriche compară aceste aparențe cu umbrele din „caverna" lui Platon!), autorul pledează pentru *primatul gîndirii funcționale și dinamice* și critică morfopatologismul. „Disciplină exce-

lentă în cercetare, ferment al spiritului critic și al umilinței clinice, educatoare a spiritelor la legile realului, anatomia patologică nu face decît constatări după inventar . . . Viața este (însă, *V. S.*) mai subtilă decît ne-o indică țărîna morților". R. Leriche se ridică și împotriva etiologismului (implicit a supraevaluării ideii de specificitate) ca și a supraestimării spiritului clasificatoric. „Cu încăpățînare am tins spre specificitate, căutînd mai mult să stabilim *categorii*, decît să înțelegem . . . (De fapt), sub multiplicitatea cauzelor care le ating, țesuturile nu reacționează decît în conformitate cu liniile înguste ale vieții lor fiziologice". Autorul mai atrage atenția asupra faptului că boala se constituie *prin participarea activă* a organismului suferind.

Capacitatea de a ne îmbolnăvi este *reversul* bogăției *sensibilității* noastre interstițiale. Cele trei domenii în care contribuțiile lui Leriche au fost deschizătoare de drumuri (patologia osoasă, chirurgia arterelor, chirurgia durerii) oferă numeroase exemple în sprijinul acestei teze. Reflexele pornite din focarele patologice, cu răsunetul lor motor și vasomotor, explică fenomene ca: gangrena țesuturilor irigate de un vas lezat — dar încă nu obturat, rarefacția osoasă perilezională prin hiperemie etc. Marele succes terapeutic al infiltrațiilor cu novocaină (aproape un „panaceu") sînt contraproba terapeutică a interpretărilor fiziopatologice. De aceea, R. Leriche afirmă, undeva, că „terenul contribuie, poate mai mult decît cauza, la apariția bolii". Multe episoade sau aspecte ale reacțiilor morbide sînt un „tribut plătit de om" pentru perfecțiunea inervației sale vasomotoare.

Poziția lui R. Leriche a fost aceea a unui om care încearcă, prin îndrăzneli terapeutice, confirmarea unei ipoteze patogenice și sugerarea unor noi interpretări. Antidogmatic, el a cerut „să nu îngustăm problemele vieții tisulare, după măsura ideilor noas-

tre". Viața este „mai vastă decît ne imaginăm". Ca o exigență a cercetării științifice, autorul cere ca niciodată „coeficientul personal să nu întunece realitatea". De asemeni, atrage atenția asupra faptului că „teoriile sînt perini de folosință limitată, pe care nu trebuie să dormim în beatitudinea lipsei de curiozitate".

Pentru toate aceste motive, „momentul" Leriche în gîndirea medicală a secolului al XX-lea merită o atenție particulară.

3. *ORGANICISM, STRUCTURALISM, HOLISM*

Ca o reacție la concepțiile mecaniciste din biologie, la începutul secolului al XX-lea s-au afirmat puncte de vedere care au accentuat specificul calitativ al fenomenelor biologice, uneori pînă la afirmarea unei diferențe de *esență* (nu numai de *grad de organizare*, sau de treaptă de evoluție a materiei). Acestei variante extremiste, îi aparține *vitalismul* lui H. Driesch; el s-a dezvoltat întîi ca o teorie embriologică, pentru a deveni o adevărată „filozofie a organicului"[10], bază a unei doctrine despre *ordinea* și *organizarea* din univers[11]. H. Driesch postulează existența unor *entelechii*, extramateriale, care intervin în dirijarea proceselor substanțiale și energetice din organism[12]. Psihovitalismul[13] (A. Pauly, 1905; E. Becker, 1917; A. Wagner, 1925; Pierre-Jean, 1925; W. Mackenzie, 1916; Maeterlinck ș.a.) face să

---

[10] H. Driesch, *Philosophie des Organischen*, ed. 2, 1921, ed. 4, 1928.

[11] H. Driesch, *Ordnungslehre*, ed. 2, 1923.

[12] Am arătat în altă parte (*Eseu de biologie informațională*, Ed. științifică, București, 1973, p. 165) posibilitatea de a interpreta conceptul de „entelechie" în legătură cu cel de „program cibernetic".

[13] Critica sa la L. v. Bertalanffy, *Theoretische Biologie*, vol. I, Ed. Borntraeger, Berlin, 1932, p. 70, ș.u.

intervină psihicul („principiu" general al lumii) ca un *deus-ex-machina*, în explicaţii pur verbale.

Antimecanicismul s-a îndreptat împotriva explicaţiilor pur fizico-chimice, împotriva conceperii organismului ca maşină (substanţială şi energetică), împotriva *reducerii* legilor biologice la legi fizico-chimice, împotriva explicaţiilor pur cauzale, împotriva explicaţiilor prin principii imanente naturii obiective etc. Pe noi ne interesează în mare măsură critica modului *sumativ* de concepere a organismului. În literatura filozofică germană, această critică a fost iniţiată de către şcoala psihologică a lui Ehrenfest, Wertheimer, Köhler (1925), Koffka ş.a., cunoscută sub numele de „Gestaltism" (psihologia configuraţiei, a formei, a structurii). S-a insistat asupra nesumativităţii şi transponibilităţii configuraţiilor (ex. o figură geometrică, o melodie) dar şi asupra unor elemente de solidaritate a elementelor şi de autoreglare (modificări ale oricărei componente se repercută asupra întregului; întregul *subordonează* părţile şi are tendinţa de a-şi reface structura perturbată[14]). N. Hartmann (1912) a scos în evidenţă caracterul de „sistem" al fiinţelor vii; de fapt nicăieri nu găsim ***substanţă*** vie, ci numai structuri şi sisteme vii (Gicklhorn, 1927). W. Stern a analizat (1924—1926) deosebirea între *persoană* şi *lucru* (obiect).

În literatura engleză, concepţia antisumativistă a primit numele de ***organicism*** şi ***holism*** (Smuts, 1930). J. Haldane[15] a văzut în „întregul organic", adevărata esenţă a vieţii. Capacitatea de autoreglare şi autovindecare ar fi, în principiu, ireductibilă la concepte fizice şi inginereşti (ingineria cibernetică de azi vede lucrurile altfel). C. Lloyd Morgan (1927) a dezvoltat o concepţie a organismului, conceput ca rezultat al unei *evoluţii emergente*. În această perspectivă, orice treaptă de organizare a realului (atom, moleculă, unitate

---

[14] W. Köhler, *Die physischen Gestalten in Ruhe und in stationären Zustand*, 1924. A se vedea şi N. Mărgineanu, *Psihologia germană contemporană*, Cluj, 1935.

[15] J. S. Haldane, *Mechanism, Life and Personality*, 1912. Smuts a speculat asupra relaţiilor dintre totalităţile de diferite ordine din Univers, pe o bază idealist-fideistă.

coloidală, „biokyl", celulă, organism pluricelular, organizare supraindividuală) are însuşiri particulare care nu pot fi deduse din cele ale elementelor subordonate. Ca şi în gestaltism, în concepţia lui Morgan (şi, analog, în concepţia lui Whitehead, 1925) autorii sînt preocupaţi mai mult de a găsi principii generale de organizare ale universului, decît de a scoate în evidenţă specificul calitativ al vieţii.

E. Bleuler (1925, 1932), continuînd concepţia biologică a lui Semon, se opreşte asupra finalităţii organice şi a celei psihice, considerîndu-le ca expresii ale aceleiaşi funcţii de bază, *mnema*. Este un principiu integrativ bazat pe memorie — probabil legat de însuşirile coloidale ale substanţei vii. Ceea ce introspectiv ne apare drept psihic, obiectiv este mnemă (sau psihoid). Aspectul integrativ (cu întregul preexistînd părţilor) şi cel mnemic au fost considerate ca fundamentale pentru definirea şi înţelegerea vieţii de către şcoala lui Victor Papilian *(holo-mnemo-vitalism)*.

A. Meyer a opus abordarea holistă, abordării naturaliste curente, susţinînd preeminenţa legităţii întregurilor (alcătuită din *reguli*) faţă de cea cauzal-analitică (alcătuită din *legi*). „Regula biologică nu este un epifenomen al legii fizice; ultima este un subfenomen al regulei biologice", obţinută prin simplificare şi abstragere — susţine autorul[16]. (Unii critici au observat că aceasta înseamnă, bunăoară, a admite că legea fizică a căderii corpurilor este o abstracţie simplificatoare a regulilor după care cade o pisică sau un elefant). A. Meyer susţine că cercetarea biologică nu trebuie să caute cauze, ci să stabilească *condiţii* şi factori *coactivi*. *Regula* biologică se referă la condiţii şi la factori coactivi; *variabilitatea* lor este indispensabilă apariţiei fenomenului. *Legea* naturaliştilor se referă la o unică cauză, evidenţiată prin menţinerea artificială, la o valoare *constantă*, a condiţiilor. Procesul biologic nu ar fi expresia unei sumaţii de influenţe elementare, ci expresia unui *complex sintetic*. Factorii coactivi sînt numai în parte, factori fizico-

---

[16] K. Kötschau şi A. Meyer, *Theoretische Grundlagen zum Aufbau einer Biologischen Medizin*, Ed. Steinkopf, Dresden u. Leipzig, 1936, p. 213.

chimici. Regula, care admite excepții, permite totuși previziuni și în cazuri individuale. Regula are intuitivitate. Metodologia stabilirii regulilor ar fi *tipologică* și nu *matematică*. Regulile servesc la înțelegerea naturii și a culturii — în timp ce legile slujesc civilizația și tehnica.

Într-o ordine de idei apropiată se cuvine să menționăm teoriile referitoare la *organizarea* întregului organic.

C. N. Child (1929) s-a preocupat de *polarizarea* axială a organismului biologic. Există o ordonare polară a substanțelor în ou, există un gradient metabolic, electric, de creștere etc., în organismul pe cale de dezvoltare și în organismul adult. Și variațiile de susceptibilitate la agenții fizici și chimici se ordonează cantitativ, treptat în lungul axei corporale. Sectoarele fiziologic mai active *domină* sectoarele mai puțin active. În cursul dezvoltării pot apare noi centrii de dominanță care modifică *gradienții*. Gradienții sînt *factori* de dezvoltare, dar și *expresie* a proceselor de dezvoltare. S-a emis teoria după care gradienții metabolici se reflectă în gradienți electrici care, la rîndul lor (prin *feed-back*) influențează nivelul metabolic al părților organismelor, controlînd astfel creșterea, regenerarea etc. În felul acesta, ar exista o *integrare* și *autoreglare* electrică în organism, mai primitivă, din punct de vedere onto- și filogenetic, decît cea chimică (Ling. 1941).

A. Gurwitsch (1921, 1930) a propus o *teorie a cîmpului* biologic, pentru a explica morfogeneza embrionară. (El deosebește cîmpuri *morfotrope*, *tactice*, de *diferențiere* etc.). După Weiss (1928) „cîmp" este un termen util pentru a explica influențele ce pornesc dintr-un material organizat, către unul neorganizat, dar organizabil. Se pot stabili *legi* ale acestei interacțiuni. Cîmpul biologic are structură axială[17].

* * *

Urmărind filiațiunea ideilor, vom găsi concretizări ample legate direct, sau „prin reacție", de acest curent de

[17] Vezi L. v. Bertalanffy, *op. cit.*, p. 325—330.

gîndire la autori ca v. Bertalanffy, K. Goldstein, K. Rotschuh, H. Binder.

O „medicină integralistă" sau integratoare *(Ganzheitsmedizin)* poate fi însă, pur și simplu, o medicină care este opusă abordării localiciste a bolii și care refuză, sau nu se axează, pe terapia organotropă. În această categorie intră orientări atît de variate ca nervismul, homeopatia, medicina naturistă etc. Întrebuințarea cea mai adecvată a termenului ni se pare a fi pentru medicina care se ocupă de acele boli în care există alterări a ceea ce Rothschuh numește *organizare bionomă:* reglare, adaptare și potrivire (adecvare) reciprocă a funcțiunilor diferitelor „organe" și părți (organizare care poate fi cercetată experimental!).

4. *CONCEPȚIA ORGANISMICĂ A LUI L.v. BERTALANFFY*

Ambiția lui L. v. Bertalanffy (zoolog prin formație) a fost de a construi o biologie teoretică *exactă*, bazată — pe cît se poate — pe formulări și deducții matematice, după exemplul fizicii teoretice. Dacă în primul volum al *Biologiei* sale *teoretice* (1932) el folosește de preferință metodele *logice* ca instrument de lucru teoretic, în volumul al 2-lea, care i-a urmat după 10 ani, orientarea abstractă și cantitativă este categorică. Ideea centrală a operei sale este depășirea vitalismului ca și a mecanicismului, într-o viziune care să țină seama de specificul fenomenelor biologice; acesta este o manifestare a unor *totalități*, a unor sisteme organice individualizate numite ființe. Sînt sisteme organizate — structural și procesual, au o ordine ierarhică interioară, care se menține într-un flux continuu de substanță și energie etc. Biologia teoretică trebuie să deducă legile organismului pornind de la cîteva principii de bază: unul dintre

aceste principii este conservarea sistemului organic în echilibru dinamic[18].

L. v. Bertalanffy a pornit de la o caracterizare fizică: organismul este un *sistem deschis,* care face deci schimb de energie și de substanță cu mediul. Pe cale logico-matematică se pot deduce, din această însușire fundamentală, o serie de corolare care corespund unor caracteristici organismice. Printre ele citățm *autoreglarea* (care nu este identică nici cu aceea postulată de principiul lui Le Chatelier din chimia fizică, nici cu autoreglarea „informațională" de tip cibernetic) și echifinalitatea (prin acest cuvînt, v. Bertalanffy înțelege atingerea aceluiași echilibru final, chiar dacă „startul" de concentrație al evoluției sistemului este diferit și chiar dacă — pe parcurs — au intervenit unele perturbații). Dar echilibrul unui sistem deschis nu este un echilibru termodinamic clasic; menținerea sa consumă energie. Acest *Fliessgleichgewicht* (echilibru curgător, echilibru fluent) înseamnă că totul decurge prin *înlocuire* și prin remaniere; el nu corespunde — din punct de vedere fizic — la un maximum de entropie sau la un minim de energie liberă, ci la o producere minimă de entropie[19]. Una dintre consecințele biologice și patologice ale acestei situații este următoarea: menținerea formelor și structurilor biologice se face cu cheltuială de energie. În loc să vedem în alterarea morfologică (în *leziune*) *primum movens* al tulburării funcționale, trebuie să vedem în unele dezorganizări, degenerescențe etc. — consecința unor tulburări în metabolismul energetic. Starea unui organism normal este o „stare staționară" (nu statică!); orice excitație atrage după sine o tendință de a atinge echilibrul *termodinamic,* sinonim cu moartea, tendință

---

[18] L. v. Bertalanffy, *Theoretische Biologie,* Ed. Borntraeger, Berlin, vol. 1 (1932) și vol. 2 (1942).

[19] W. Hollitscher, *Natura în lumina științei,* Ed. științifică, București, 1962.

care este însă frînată „la momentul oportun“ prin autoreglare. Completînd în acest fel teoria sistemelor deschise biologice, se poate arăta că, în general, trecerile de la o stare staţionară la alta (ca, de exemplu, în adaptare), „salturile calitative“, includ o fază de dezorganizare cu entropie crescută[20]; de multe ori regimul acesta „tranzitoriu“ duce la o *depăşire* a nivelului de stabilizare *(overshoot),* la un „salt (trecător sau nu) peste cal“[21], la o „suprareglare“.

L. v. Bertalanffy a arătat că organismul nu este numai o structură de substanţe şi de funcţiuni *(Gefüge),* ci şi un *sistem cauzal* specific. Se poate vorbi despre o „cauzalitate de sistem“: organismul nu este un sistem cauzal complet închis ci un sistem cauzal relativ delimitat, *parţial* închis (adică în care *majoritatea* interacţiunilor sînt interacţiuni interne).

Meritul principal al lui L. v. Bertalanffy constă în a fi elaborat o *teorie generală a sistemelor* în cadrul căreia sistemele vii îşi găsesc o caracterizare abstractă, dar elocventă. Acestui aspect îi vom destina un paragraf special.

Autorul îşi centrează atenţia asupra *organismelor* (care reprezintă numai viaţa la un anumit etaj de organizare). Biologia *organismică* este, prin definiţie, una *organismocentrică.*

5. *PATOLOGIA „CORELATIVĂ“*

Constatînd că, după o etapă (lungă de aproape două secole) în care a predominat spiritul analitic, ştiinţele

---

[20] M. Pop şi V. Sălăgeanu, *Entropia şi unele aspecte ale saltului calitativ în biologie,* „Rev. Filozofie“ 1965, vol. 12, p. 185—194.

[21] A. Locker, *Reaktionen metabolisierender Systeme auf experimentelle Beeinflussung, Reiz und Schädigung,* „Helgol. Wiss. Meeresunters“. 1964, vol. 9, p. 37—107.

medicale încearcă să abordeze, într-un spirit de sinteză și într-o vedere de ansamblu, studiul mecanismelor reglatoare ale vieții normale ca și dereglările lor morbide, G. Roussy și M. Mosinger[22] arată că, pe această linie, neurologia și endocrinologia se confundă din ce în ce mai mult într-o știință care le înglobează: *neuro-endocrinologia.* Inițierea acestei noi științe se datorește, în mare măsură, cercetării anatomoclinice și experimentale a regiunii hipotalamo-hipofizare, adevărat „complex neuro-glandular superior". Însă la orice etaj al sistemului neuroendocrin întîlnim dispoziții funcționale, sau chiar morfologice, similare. Funcțiunea sistemului nervos nu poate fi înțeleasă dacă facem abstracție de restul substanțelor biologic active, numite de v. Euler *ergone:* vitamine, enzime, „metaboline", săruri minerale, toxine naturale, gene, antigene, anticorpi etc. S-ar putea vorbi, de aceea, mai bine de *neuro-ergonologie.* Acestei științe de vastă integrare îi corespunde o concepție patogenică nouă, axată pe ideea *patologiei corelative,* care înglobează toate procesele morbide de origină ergonală și nervoasă. „Putem deosebi două grupe de alterări organice: procesele abiotice sau de dezorganizare, care rezultă în general dintr-o acțiune directă a agenților nocivi externi — și procesele corelative, care sînt datorate unei disfuncții endogene, adesea de o mare complexitate". Patologia corelativă cuprinde, mai întîi, „reacțiile" organice care rezultă dintr-o disfuncție sau dintr-o alterare patologică sau experimentală a glandelor endocrine și a diferitelor segmente ale sistemului neuro-vegetativ. Dar în același grup intră și „reacțiile" consecutive descărcării de histamină (citohormon care, în exces, contribuie substanțial la producerea stării de șoc), procesele patologice care apar

---

[22] G. Roussy și M. Mosinger, *Traité de Neuro-Endocrinologie,* Ed. Masson, Paris, 1946.

în cursul avitaminozelor și al hiperavitaminozelor, administrării „meta-hormonilor artificiali sau patologici“ (cum ar fi unele substanțe cancerigene, unele medicamente). În același grup (a cărui extensie — după cum se vede, nu are limite) intră patologia ereditară — deoarece genele sînt asemănătoare, ca acțiune, unor ergone; și chiar patologia virotică, existînd o înrudire chimică între gene și virusurile moleculare. Pe de altă parte, „patologia corelativă comportă, nu numai reacțiile organice endogene dar și cele care, printre reacțiile cu etiologie endogenă, nu reprezintă efecte imediate ale agentului exterior (procese destructive sau abiotice), dar care apar ca fiind secundare acestor efecte inițiale și se traduc, de preferință, din punct de vedere histo-fiziologic, prin procese de aplazie, de hiperplazie și de displazie și, din punct de vedere fiziologic, prin hiperfuncție, hipofuncție și disfuncție“. Autorii atrag atenția asupra faptului că în inflamația acută și cronică, în sindromul infecțios general — există în toate cazurile o participare nervoasă endocrină sau ergonală; mecanismele imunitare („antixenice“) sînt, și ele corelative.

O caracteristică a concepției lui G. Roussy și M. Mosinger este valorificarea la maximum a documentelor *morfologice* și a *metodelor* morfologice de cercetare: în special histochimia și histofizica. Din alt punct de vedere, „patologia corelativă constituie complementul indispensabil al histo-fiziologiei, căci relațiile corelative nu sînt decît exagerarea modificărilor structurale care apar în condițiile fiziologice. Patologia corelativă se găsește deci așezată la jumătatea drumului între histo-fiziologia normală și procesele anatomopatologice“[23].

[23] G. Roussy și-a început cariera ca neurolog; a efectuat cercetări fundamentale de fiziopatologie a diencefalului; a fost unul dintre cei mai cunoscuți anatomopatologi ai Franței.

Un merit al concepției „patologiei corelative" îl reprezintă „clasificarea" proceselor patologice în procese de *dezintegrare* abiotică și în procese consecutive acestora, datorită intrării în joc a sistemului neuro-endocrin: procese corelative propriu-zise. Există, desigur, o patologie *lezională* (primitiv-lezională) și o patologie de *reacție* la leziuni; dar reacțiile neuro-endocrine pot fi ele însile cauza unor leziuni — și acest fapt îl exemplifică amplu cercetările experimentale de fiziopatologie nervoasă și de hormonologie. Neuro-endocrinologia furnizează din abundență documente care să situeze într-o lumină nouă, corelațiile anatomo-clinice[24]. Leziunea prin solicitare (de ex. cancerul endocrinodependent), alterarea de creștere și de diferențiere, de natură metabolică (de ex. nanismul, acromegalia); chemomorfoza — sînt ilustrate clar de către clinica și experimentarea endocrinologică[25]. Pentru *anomaliile* morfologice (care pot fi pur cantitative, nu numai *alterări* calitative), rezultate din influența factorilor nervoși și endocrini, la solicitări din mediul extern și din mediul intern, am propus termenul de *dismorfii corelative*.

După cum se vede, patologia de corelație este în mare măsură o *patologie de sistem:* ea se „explică" prin *corelațiile funcționale* dinăuntrul sistemului neuro-endocrin (și nu numai prin intervenția instanțelor sau mecanismelor *de corelație).* Acestei „patologii de sistem" i se poate opune o patologie de *dezintegrare* (morfologică și funcțională) și *de dereglare.*

---

[24] Șt. Milcu și V. Săhleanu, *Problemele cercetării morfologice în endocrinologie*, „Analele Acad. R.P.R.", 1960, vol. 7 (anexă), p. 131.

[25] V. Săhleanu, *Aspecte ale corelațiilor anatomo-clinice în endocrinopatii*, „Morfol. norm. patol.", 1957, vol. 2, p. 143; V. Săhleanu, *Geneza și semnificația hiperplaziilor glandelor endocrine*, „St. cercet. endocr.", 1966, vol. 17, p. 309 ș.u.

Scanned with OKEN Scanner

6. CONCEPȚIA LUI D. DANIELOPOLU[26]

După cum își caracterizează singur opera, Daniel Danielopolu s-a situat pe linia de gîndire și pe linia metodologică a lui Claude Bernard. Unul dintre principiile călăuzitoare a fost legătura între fiziologie și patologie, între farmacodinamie și fiziologie, între terapeutică și fiziologia patologică. Altul a fost considerarea organismului ca un întreg, ca un *tot funcțional*.

Legile fundamentale ale interdependenței organismice sînt în număr de trei:

1. *Legea amfomecanismului.* Echilibrul funcțional este asigurat prin funcționarea simultană a două influențe antagoniste, de exemplu prin acțiunea vagului *și* a simpaticului (amfotropism). Spre deosebire de ceea ce se petrece în sectorul musculaturii striate, unde domnește legea lui Sherrington (după care contracția unui mușchi induce relaxarea celui antagonist), aci orice acțiune stimulează acțiunea antagonistă (legea antagonismului interstimulant). Spre deosebire de ceea ce credeau Eppinger și Hess, care vorbeau despre vagotonie și simpaticotonie, D. Danielopolu vorbește despre amfotonie. Nu numai în cazul excitației, dar și în cazul inhibiției — se poate evidenția amfomecanismul (este o *amfofrenație*). O substanță farmacodinamică nu este *sau* simpatomimetică *sau* vagomimetică: ea este *amfomimetică*.

Amfomecanismul poate fi o problemă de reglare centrală, sau o problemă de reactivitate tisulară periferică, o problemă de „organ terminal". În acest ultim caz el este realizat printr-un proces de *ripostă*. Danielopolu deosebește, în *răspunsul* unui organ la o stimulare sau la o inhibiție, două componente: *reacția* care este activitatea funcțională specifică (de

---

[26] Vezi și Gr. Davidescu, *D. Danielopolu*, Ed. științifică, București, 1967.

ex. contracție, secreție glandulară) și *riposta*, care este eliberarea unui factor antagonist (de ex. simpatina dezlănțuie o secreție *compensatoare* de acetilcolină).

2. *Legea predominanțelor.* Dacă amfomecanismul asigură echilibrul, pentru eficiență este nevoie de *predominanța* unuia dintre factorii care alcătuiesc perechea antagonistă, asupra celuilalt. Această predominanță depinde la rîndul ei de diverși factori, de exemplu de *doză*. Numeroase substanțe medicamentoase sau „fiziologice" au o altă acțiune în doze mici și în doze mari: de pildă, atropina în doze mici nu are o acțiune vagolitică, ci o acțiune vagomimetică. Inversarea predominanței cu doza se explică de multe ori prin intervenția ripostei. Pe de altă parte, este necesar să distingem reacția *de excitație* (reactivitate pozitivă) de reacția de *inhibiție* (reactivitate negativă). Reactivitatea unui organ poate fi caracterizată numeric făcînd raportul între doza minimă excitatoare și doza minimă inhibitoare dintr-o anumită substanță. Este legea *raportului interreacțional* (RIR).

3. *Legea mecanismului circular* „explică", între altele, întreținerea (permanența) funcțiunii. De fapt, ea spune că, în general, un factor declanșează intervenția unui al doilea factor, care declanșează, la rîndul său, intervenția primului (de ex. simpatină-acetilcolină-simpatină). În particular ne interesează aplicarea acestei legi la *nivel de organism* (vezi mai departe): centrii de comandă, organul terminal, împreună cu căile nervoase receptoare și efectoare. Organismul este astfel structurat încît funcționarea îndelungată este asigurată printr-o ajustare automată a irigației. Anume, tipul de inervație care este excitator pentru viscer, este inhibitor pentru musculatura pereților arteriali (vasodilatator). Cordul este stimulat de simpatic (organ „S + P —"), dar simpaticul este vasodilatator coronarian. Acesta este *mecanismul infatigabilității organelor*.

Scanned with OKEN Scanner

Cele 3 legi fundamentale amintite se referă la „teoria echilibrului prin antagonism interstimulant“[27], mai precis la „mecanismul antagonist interstimulant“ care conlucrează interdependent cu *mecanismul cortico-endocrino-efector*. Acest ultim mecanism „ascultă“, la rîndul său, de patru legi:

1. *Legea interdependenței celor trei sisteme,* prin „cele trei sisteme“ înțelegîndu-se sistemul nervos, sistemul endocrin și *sistemul efector al organelor terminale*. Spre deosebire de concepția lui Langley, după care sistemul nervos vegetativ este „autonom“, Danielopolu îl concepe în strînsă dependență de scoarța cerebrală, căreia-i conferă un *rol ponderator* (moderator).

Pe de o parte, scoarța întreține un *tonus bazal* al funcțiunii organelor, pe de altă parte intervine discontinuu cu cîte o *comandă*. Spre deosebire de concepția pavlovistă care pune accentul pe mecanismele *neuro-centrale* de reglare, D. Danielopolu pune un accent comparabil pe organul *terminal*, pe *reactivitatea* acestora la stimularea nervoasă și hormonală. Nervismul contemporan explică reactivitatea periferică la hormoni, în mare măsură prin inervația periferică (este cunoscut, de exemplu, fenomenul lui Orbeli — al hiperreactivității la adrenalină a organelor denervate); Danielopolu arată că reactivitatea periferică la stimul nervos (pe care-l reduce la recepționarea unor mediatori chimici *liberați* de influxul nervos) depinde ea însăși de hormoni, ioni metalici, pH.

2. *Legea predominanței,* de astădată a unui sistem asupra altuia;

3. *Legea sinergismului și a antagonismului,* de astă dată între cele trei sisteme (nu numai în cadrul fiecărui sistem)[28].

---

[27] Am spune, mai bine: *teoria funcționării echilibrate.*

[28] Există, de exemplu, o regulă a *reciprocității antagoniste interendocrine.* Hipofiza anterioară stimulează tiroida

Scanned with OKEN Scanner

4. O lege corespunzătoare a *mecanismului circular*.

A nu ține seama de toate trei sistemele, ci numai de unul sau altul dintre ele (concepția sistemului nervos „autonom", concepția pavlovistă) înseamnă a da curs unor „interpretări tendențioase", opticii exclusiviste de specialiști. *Echilibrul* funcțiunilor organismului (sau funcționarea echilibrată a organismului) sînt menținute prin forțe antagoniste interstimulante, coordonate prin mecanismul cortico-endocrino-efector. Numeroase sindroame patologice sînt datorate unui *dezechilibru* provocat de o perturbare a acestor mecanisme. Ca și agenții patogeni, agenții terapeutici provoacă și ei un *dezechilibru* avînd o explicație similară; folosim în mod adecvat un agent terapeutic cînd acest dezechilibru este de sens contrar celui provocat de agentul patogen. Uneori terapia recurge la măsuri „eroice" de dezechilibrare, pentru a compensa dezechilibrul patologic (ex. chirurgia vegetativă).

Ce fel de dezechilibru ne interesează mai des? D. Danielopolu elaborează *teoria cercului vicios reflex*, capabilă să explice patogenia unor afecțiuni permanente, ca și unele sindroame paroxistice. (Subliniem faptul că teoria sa patogenică este o teorie *neuro-reflexă*). În multe stări morbide este necesar să distingem ceea ce ține de *reactivitatea anormală* a organului terminal (față de un mecanism regulator normal), de cazurile în care reactivitatea anormală este însoțită de un *mecanism regulator anormal*. Intrarea în „anormalitate", în *circuit vicios*, se poate produce dacă mecanismele circulare amfotrope conțin pe traiectul lor un spin iritativ. Dar, pentru a ajunge la stadiul de cerc *vicios permanent*, mecanismul regulator trece prin stadiul de cerc *reflex defi-*

---

care frînează hipofiza, dar acțiunea stimulatoare a primei glande asupra secundei *predomină* asupra acțiunii inhibitoare reciproce, *grație intervenției centrilor nervoși*.

cient — mai precis, de mecanism reflex *echilibrant* deficient. Mecanismul echilibrant se transformă în mecanism dezechilibrant dacă — de exemplu — antagonismul se transformă în *sinergism*. Un astfel de „sindrom de sinergism" ar fi boala Basedow[29] în care, prin intervenţia centrilor nervoşi, antagonismul tiro-hipofizar este *acoperit* de mecanismul circular de stimulare tiro-hipofizară prin releu neuro-central (hormonii tiroidieni excită centrii neurosecretori ai hipofizei). În sindroamele paroxistice (acute), cum ar fi colicile sau anghina de piept, dezechilibrul momentan nu se poate termina decît prin epuizarea arcului reflex sau a celulei efectoare. Terapeutica trebuie să vizeze întreruperea circuitului (de exemplu prin novocainizare sau — în cazuri cronice — şi prin secţiuni de nervi vegetativi).

Cu privire la intervenţia scoarţei cerebrale, D. Danielopolu a mai făcut cîteva precizări de interes pentru *psihologia medicală*. El vorbeşte de o „inteligenţă vegetativă", care ne dă socoteală de ceea ce se petrece în noi, fără să ne dăm seama *(permet de nous rendre compte, sans nous en apercevoir)*, al cărui sediu este cerebral[30]; de „simţul existenţei" (cenestezia) care este *disparent* în starea de sănătate, pentru că ne-am obişnuit cu senzaţiile ce ni le aduce spre conştiinţă, dar care este aparent în stări morbide (ex. hipocenestezia în colaps, în starea prelipotimică) ca şi în situaţii neobişnuite (care ne dau emoţii) ori în efort. Angoasa ar fi o stare de hipercenestezie. Adinamia şi astenia generală ar fi semnalizarea, *via* cenestezie, a hipotensiunii arteriale şi a hipofuncţiei organelor.

---

[29] D. Danielopolu, *Les syndromes de synergisme*, „Medicina Română", 1948, vol. 3, p. 594.

[30] D. Danielopolu, *Organisme biologique et organisme social*. Tip. Socec, Bucureşti, 1946.

Scanned with OKEN Scanner

D. Danielopolu a elaborat, în sfîrșit, o teorie proprie asupra acțiunii medicamentelor — cunoscută sub numele de *farmacodinamia nespecifică*[31]. Multe medicamente și agenți fizici ar avea două acțiuni:

1. Acțiunea nespecifică provoacă fenomene (patologice) „de primul grad". Se datorește influențării factorilor naturali care întrețin echilibrul funcțiunilor organismului („simpatină", acetilcolină, ioni, enzime, hormoni, vitamine). Poate fi asemănătoare pentru medicamente sau agenți fizici deosebiți. Pe organul terminal provoacă fenomene „elective și unilaterale ordonate", într-un sens sau în altul al antagonismului normal.

2. Acțiunea specifică provoacă fenomene (patologice) „de al doilea și al treilea grad":

a) Epuizarea reversibilă (directă sau transliminară) caracterizată prin fenomene bilaterale, „neselective" (fenomene de egalizare, paradoxale de grad sau de sens, antagoniste sau sinergice) care preced areactivitatea completă, dar reversibilă.

b) Epuizarea ireversibilă: moartea celulei. De observat că D. Danielopolu identifică acțiunea specifică cu acțiunea toxică, ceea ce este probabil o exagerare.

Ca (al doilea) principiu de bază al farmacodinamiei nespecifice, D. Danielopolu postulează că medicamentele și agenții fizici acționează asupra *mecanismului* antagonist interstimulant și asupra mecanismului circular amfotrop (cortico-endocrino-efector). Și aci se observă o predominanță a gîndirii funcționale, sistemice, asupra gîndirii localiciste, specifiste: folosind terminologia lui K. Rothschuh, am spune că D. Danielopolu este preocupat mai mult de legile bionome decît de biotehnica proceselor. Această axare pe principii într-o epocă în care fiziologia se orienta către biofizică și biochimie, iar farmacodinamia — către medica-

[31] *Probleme de farmacodinamie nespecifică*, vol. I—II, Ed. Academiei, București, 1954.

Scanned with OKEN Scanner

ția specifică, a contribuit la relativa sa izolare în gîndirea științifică a epocii sale[32].

* * *

D. Danielopolu și-a conturat „modelul" său de organism încă în 1928. În 1944, în prefața *Schemei anatomo-fiziologice a sistemului nervos al vieții vegetative*[33] și-a expus proiectul de a elabora *treizeci de monografii* în care să detalieze (experimental și clinic) — și totodată să verifice fecunditatea concepției sale, aplicînd-o la studiul diferitelor organe și aparate. Proiectul, temerar, poate fi comparat cu cel al lui B. P. Hașdeu referitor la *Etymologicum magnum*. Ca și în acest caz, realizările — deși masive — au însemnat abia o fracțiune din ansamblu.

Pasionat al cercetării de laborator, Danielopolu a aplicat „metoda cartesiană" a analizei în vederea sintezei. În apendicele *Schemei* menționate, sînt citate aproape cincisute de titluri de lucrări originale de mici dimensiuni, care au stat la baza proiectatei sinteze[34].

Prin sesizarea (deși nu totdeauna clară) a principiului conexiunilor inverse, Danielopolu poate fi considerat ca un precursor al biociberneticii[35]. De fapt Danielopolu este mai puțin „cibernetician" prin principiul antagonismului interstimulant (pe care îl aplică cu predilecție la cercetarea organului terminal) cît prin principiul mecanismului circular și al

---

[32] În *Organisme biologique et biologique social* D. Danielopolu publică și cîteva rînduri despre modul în care interpretează organismul ca ansamblu celular: autonomie celulară limitată prin necesitățile impuse de viața în comun, dar și de nevoile echilibrului funcțional; fiecare celulă, nu numai că nu *dăunează* ansamblului, dar îl și ajută.

[33] Publicată la editura Masson, Paris 1944.

[34] Lista principalelor lucrări de concepție se află în *Opere alese*, p. 495—497.

[35] I. Hăulică, „Cronica" (Iași), 1967, an. 2, nr. 23 (70), p. 9; V. Săhleanu, „Rev. Filozofie", 1967, vol. 8, p. 931—936.

Scanned with OKEN Scanner

cercurilor vicioase (în care face să intre centri de reglare, deci de comandă). El folosește încă în 1946 termenul de *informație* într-un sens apropiat de cel din automatica actuală. Poate fi considerat și un precursor al *cibernetici* în măsura în care (în opera sa *Organisme biologique et organisme social*) a căutat să desprindă legi comune de funcționare pentru sisteme diferite prin esență ca și prin nivel de organizare.

S-a remarcat, pe bună dreptate, că D. Danielopolu s-a resimțit în activitatea lui, și mai ales in interpretări și generalizări, de o insuficientă cunoaștere a biochimiei și a metabolismelor. Faptul apare evident în interpretarea fenomenelor de reactivitate, troficitate, fiziologie endocrină și farmacodinamie[36]. I s-a obiectat că a exagerat rolul organului terminal în fiziologie, punîndu-l pe același plan cu rolul scoarței cerebrale. Cu toate acestea, ecoul insuficient pe care l-a avut concepția sa printre contemporani și urmași — se datorește mai curînd unor motive *psihologice* decît unor motive logice.

Minte cu adevărat excepțională, Danielopolu a gîndit în mod spontan materialist-dialectic, dar „din gîndirea lui a lipsit o componentă esențială a materialismului dialectic: interdependența cu mediul și unitatea organismului cu condițiile de viață"[37].

Un merit deosebit îl are D. Danielopolu în încercarea sa de a „unifica" imunologia cu fiziologia. Studiul reacției anafilactice îl duce la concluzia participării vagale (parasimpatice) în șocul imunologic (șoc „parafilactic" — termen poate impropriu). Anafilaxia este „parafilaxie"; în determinarea simptomelor participă acetilcolina (care se eliberează în reacția antigen-anticorp) — deoarece ele pot fi suprimate prin atropină (histamina ar participa doar în mod

---

[36] Șt. M. Milcu, Prefața la *Opere alese*, p. 12.
[37] Șt. M. Milcu, *op. cit.*, p. 8.

Scanned with OKEN Scanner

secundar). Pe de altă parte, producția de globuline, inclusiv de anticorpi, este reglată de către sistemul nervos vegetativ[38]. Vom vedea că, în ultimii ani, lucrările despre autoanticorpi au „înglobat" și ele, pe o altă cale, reacțiile imunologice, printre reacțiile fundamentale ale vieții *normale*, conferindu-le și alte roluri decît cele de apărare la o agresiune infecțioasă venită din mediu[39].

7. *STRESS ȘI „BOLI DE ADAPTARE"*

Importanța glandelor endocrine în realizarea unor reacții de ajustare, acomodare și adaptare ale organismului la condițiile de mediu extern ca și în apărarea organismului față de noxe a fost semnalată de la începutul secolului. W. B. Cannon a pus în evidență eliberarea de adrenalină în situații de „urgență" (emergență), cum sînt exercițiul muscular, frigul, hemoragiile, unele traumatisme, emoțiile (ca răsfrîngeri *subiective* ale existenței unor situații critice).

G. Crile și-a consacrat mulți ani pentru a argumenta însemnătatea suprarenalelor și a tiroidei în adaptare; în concepția sa, suprarenalele sînt necesare unui bun răspuns la solicitări acute, iar tiroida — unui răspuns adecvat la solicitări de durată[40].

În „patologia corelativă" a lui Roussy și Mosinger (creatorul termenului „agresologie"), în teoria lui

---

[38] D. Danielopolu, *Phylaxie-paraphylaxie et maladie spécifique*, Ed. Masson, Paris, 1946.

[39] A se vedea și V. Săhleanu, *Actualitatea gîndirii medicale a lui D. Danielopolu*, „Varia Anthropologica", (1973), 6 p. 72—80.

[40] G. W. Crile, *Intelligence, Power and Personality*, Ed. Graw Hill, New York, 1941.

Scanned with OKEN Scanner

Laborit (vezi mai departe), glandelor endocrine li se atribuie un rol de prim ordin.

H. Selye este însă cel care, începînd din 1946[41], a prezentat o teorie închegată a reacţiilor endocrine din adaptare. În acest cadru, Selye a dat un sens particular termenului *stress*, care *cu acest sens* s-a încetăţenit în toate limbile, astfel încît viziunea sa asupra mecanismelor de apărare a devenit sinonimă cu teoria despre *stress*[42].

Selye a pornit de la constatarea, experimentală şi clinică, după care reacţiile (adaptative sau nu) la o mare varietate de situaţii, stimuli, noxe etc. au unele trăsături comune. Această constatare poate fi formulată în modul următor: pe lîngă reacţiile adaptative *specifice* (de exemplu, reacţii serologice la antigenele specifice, hipertrofia musculară consecutivă efortului fizic, proliferarea epidermei în locul în care pielea este expusă la presiune sau la fricţiuni) există anumite mecanisme fiziologice *nespecifice* care ajută organismul să-şi crească rezistenţa la noxă, *în calitatea ei de noxă*. Suma acestor reacţii nespecifice, *de sistem*, care apar în timpul unei expuneri suficient de prelungite la un *stress* suficient de intens, alcătuieşte *sindromul general de adaptare* (S.G.A.). S.G.A. este caracterizat printr-un număr mare de modificări morfologice şi funcţionale, printre care citäm: hipertrofia corticosuprarenalelor (cu secreţia crescută de corticoizi), involuţia timusului şi a celorlalte organe limfatice, ulceraţii gastro-duodenale, alterări caracteristice ale biochimiei şi morfologiei sîngelui etc[43].

---

[41] H. Selye, *Le syndrome général d'adaptation et les maladies de l'adaptation*, „Ann. d'endocrinol.", 1946, vol. 7, p. 289, ş.u.

[42] *Stress* înseamnă, în limba engleză, atît o situaţie (periculoasă) neobişnuită, cît şi tensiunea creată prin reacţiunea corespunzătoare a organismului.

[43] O expunere rezumativă este dată de H. Selye, *A textbook of Endocrinology*, Ed. Acta Inc., Montreal, 1949.

Scanned with OKEN Scanner

S.G.A. evoluează (cînd este tipic) în trei stadii distincte:

1. *Reacţia de alarmă* (descrisă încă în 1941). Cuprinde fenomene pasive, reprezentînd fenomene de şoc (hipotermie, hipotensiune, hemoconcentraţie, creşterea permeabilităţii capilare, depresiunea sistemului nervos). Ea cuprinde însă şi manifestări ale unei apărări active faţă de şoc (contra-şoc), cum ar fi: hipertrofia cortico-suprarenalelor (semn al creşterii secreţiei de ACTH şi de corticoizi). În sînge apare eozinopenia, semn larg folosit în clinică şi în experimentare.

2. *Stadiul de rezistenţă,* care poate fi interpretat ca un contra-şoc prelungit. Creşte rezistenţa faţă de agentul particular la care este expus organismul şi, de obicei, scade rezistenţa faţă de alte tipuri de influenţe (noxe).

3. *Stadiul de epuizare,* final, neobligatoriu, este caracterizat prin prăbuşirea rezistenţei, specifice şi nespecifice, datorită consumării „energiei de adaptare".

Selye numeşte *stimul de alarmă* agentul capabil să dezlănţuie o reacţie de alarmă şi *agent stressant* orice agent în stare să iniţieze şi să susţie desfăşurarea *S.G.A.* O bună parte din cercetările experimentale s-au făcut folosind un *stress* mixt: injecţia parenterală cu formol (compus toxic, flogistic, necrozant şi foarte dureros).

Tabloul este în general dominat de activarea hipofizei (ACTH) şi a corticosuprarenalelor, dar şi cu participarea importantă medulosuprarenală (adrenalină, noradrenalină). Hipofiza descarcă predilect ACTH şi-şi restrînge secreţia altor hormoni glandulotropi (*shift,* macaz, comutare, secreţie în balanţă). Tiroida, gonadele şi organele sexuale accesorii se atrofiază. Creşterea nivelului sanguin de glucocorticoizi (de tip cortizol) este răspunzătoare de involuţia timico-limfatică ca şi de eozinopenie. Mineralo-

Scanned with OKEN Scanner

corticoizii (de tip DOCA, aldosteron) influențează metabolismul electrolitic și determină, într-un *stress* prelungit — nefroscleroză. În aceste condiții rinichii eliberează o cantitate crescută de substanțe hipertensive. În prezența unui exces de clorură de sodiu, hipertensiunea și corticoizii ar produce variate leziuni cardiovasculare.

În afară de S.G.A. trebuie să distingem un *sindrom local de adaptare* (prescurtat S.L.A.) (Selye, 1950). La locul de acțiune al unui agent nociv apar reacții nespecifice de tip inflamator. Țesuturile direct stressate eliberează „semnale de alarmă" (nervoase și chimice) care ajung la centrii nervoși (inclusiv la centrii nervoși endocrino-secretori) ca și la glandele endocrine. Se secretă *hormoni adaptativi* care, schematic, se pot împărți în hormoni antiinflamatori (ACTH, cortizol, cortizon) și în hormoni proinflamatori (STH, aldosteron, DOCA).

Răspunsul la *stress* este, în concepția lui Selye, un mecanism tripartit, constînd din: a) efectul direct al agentului asupra organismului; b) răspunsurile interne care stimulează apărarea tisulară; c) răspunsurile interne care favorizează răspîndirea în organism a noxei (ex. microbi) sau a efectelor nocive, inhibînd apărarea. Rezistența și adaptarea depind de un echilibru potrivit între acești factori. Acest echilibru depinde, la rîndul său, de:

a) „factori de condiționare" cum sînt adrenalina, hormonii tiroidieni, influențe nervoase, regimul alimentar, ereditatea;

b) „memoria tisulară", adică expunerile precedente la *stress*.

Pentru că adaptarea la mediul înconjurător este una dintre cele mai importante reacții fiziologice ale vieții, H. Selye admite că cele mai comune boli ale omului sînt boli ale mecanismelor de adaptare. Pentru că, în anumite condiții, animalele din experiențele cu *stress* ajung la leziuni sau la stări morbide

Scanned with OKEN Scanner

similare cu cele din clinica umană, Selye se crede îndreptățit să conchidă la o identitate de mecanisme patogenice. Hipertensiunea, periarterita nodoasă, nefrita și nefroscleroza, nodulii granulomatoși de tip Aschoff (reumatismali), leziunile inflamatorii și degenerative articulare, involuția timică accidentală, afecțiunile organelor limfatice — sînt „bolile" pe care Selye le înglobează printre etapele unei complexe „reacții de adaptare", în condițiile speciale (de sensibilizare prin alimentație, de dezechilibru hormonal etc.)[44]. Din categoria de afecțiuni strîns legate de hipersecreția de corticoizi din cadrul sindromului de adaptare, ar face parte guta și unele forme de diabet zaharat. Insuficienta producere de corticoizi defensivi ar explica unele stări de șoc.

Dezechilibrului între hormonii suprarenali pro- și antiinflamatori, i se pot atribui efecte similare cu excesul sau hiposecreția de hormoni de un anumit profil metabolic. Este totuși, greu de înțeles în ce mod un mecanism unic, monoton, nespecific, poate duce la o *varietate* de boli, aparent neînrudite. Probabil că predispoziția ereditară, regimul alimentar, „locurile de minimă rezistență" într-unul sau într-altul dintre organele-țintă pentru hormoni, pot influența răspunsul diferitelor organe și sisteme.

„Sindromul general de adaptare" este însă un concept aparent contradictoriu: adaptarea este de domeniul normalului, *sindrom* (însemnînd complex de simptome) este de domeniul patologicului[45]. Dialectica acestei situații nu este interpretată de către Selye în mod consecvent, ci *oscilant*.

---

[44] Experimental, regimul sărac în sodiu și în proteine, acidoza produsă prin administrare de NH_4Cl scad toxicitatea mineralocorticoizilor, ceea ce demonstrează că acțiunea nocivă este *condiționată* de starea metabolică a *întregului* organism. Ideea condiționării, în patogenie, este una dintre ideile de bază ale patologiei selyeste.

[45] Se vorbește, totuși, și de „simptomele unei sarcini".

Scanned with OKEN Scanner

1. În funcție de receptivitatea individuală, agenții mediului (stimuli sau noxe) pot determina o *secreție excesivă* de hormoni de adaptare (mecanismul de apărare nu este bine reglat cantitativ).

2. Mecanismele defensive construite de natură pot „deraia", ducînd la rezultate contrarii finalității lor intrinseci (cum se întîmplă, dealtfel, în boala serului și în anafilaxie).

3. Mecanismele defensive au și o „altă față", așa cum o medalie are și un revers. Această a „doua față" (consecințele secundare nocive ale unei reacții salutare) se evidențiază atunci cînd reacția este excesivă ca intensitate sau ca durată (analogii în patologia generală sînt dilatația cardiacă acută de efort, stările febrile prelungite).

4. Mecanismele de adaptare pot fi dereglate, reacția fiind anormală calitativ. Astfel, la unii indivizi, *stress*-ul acut poate dezlănțui o reacție de hipersecreție tiroidiană (și nu suprarenală) (reacție adaptativă anormală).

* * *

Concepția lui H. Selye a avut o mare importanță *euristică*. Fecunditatea ei s-a manifestat, pe plan experimental, printr-o mare recoltă de cercetări pornite de la ideile și de la datele autorului. Numărul lor a fost cifrat, în perioada 1949—1955, la cîteva mii pe an, astfel încît Selye și colaboratorii au publicat periodic cîte un masiv volum de completări (*Annual Report on Stress*).

Pe plan clinic, concepția lui Selye a contribuit la conturarea unei noi perspective în fiziologia și patologia endocrină: influențele patogene ale mediului nu mai sînt privite exclusiv sub aspectul de noxă, de agresiune, ci și sub aspectul de solicitare[46]. S-au

[46] A se vedea: V. Săhleanu, *Adaptarea și solicitarea în patologia endocrină*, în St. Milcu, *Endocrinologie clinică*, Ed. Medicală, București, 1967. p. 1020—1038.

dezvăluit (pornind de la doctrina *stress*-ului) tot mai multe implicaţii endocrinologice în patologia generală. Endocrinopatia însăşi este judecată mai ales în raport cu perturbările pe care le aduce în capacitatea de adaptare[47]. Pe plan terapeutic, concepţia lui Selye a oferit o nouă bază unitară de înţelegere a terapiei nespecifice: alături de interpretarea stimulării neurovegetative, apare interpretarea eficacităţii prin *stress* cu stimularea suprarenală. Ea a avut o parte de contribuţie şi la introducerea corticoterapiei (cortizon, hidrocortizon, ACTH), mai întîi în afecţiunile reumatice, apoi în numeroase alte afecţiuni.

H. Selye a militat şi militează pentru o *gîndire biologică* în medicină, în dublu sens: a) al unei gîndiri axate pe un concept biologic (cel de adaptare)[48]; b) al unei gîndiri care nu se mulţumeşte cu *analiza cauzală* a fenomenelor, ci caută să înţeleagă şi *rostul lor*, pentru organism[49].

Lucrările sale experimentale privind condiţionarea chimică, metabolică, hormonală etc. a apariţiei leziunilor şi a bolilor experimentale reprezintă contribuţii faptice de cea mai mare importanţă pentru înţelegerea rolului *terenului* în patologie. Amintim îndeosebi cercetările asupra latirismului experimental şi asupra necrozelor cardiace[50] (cardiopatia fosfat-steroidă). H. Selye (1952) propune să se distingă agenţii patogeni care produc boala *numai* în condiţii speciale (patogenii acţionînd condiţional) de in-

---

[47] A se vedea: Dinu Alex. Popovici şi V. Săhleanu, *Hormonii şi patologia cardio-vasculară*, Ed. Academiei, Bucureşti, 1966.

[48] Din punctul de vedere al fiziologiei generale, ceea ce numeşte Selye *adaptare*, corespunde mai curînd la acomodare sau la aclimatizare. Este paradoxal faptul că lucrările experimentale ale lui Selye şi concepţia sa sînt foarte puţin cunoscute de zoo-fiziologi.

[49] În *The stress of life*, Ed. McGraw Hill, New York, 1956.

[50] H. Selye, *The Chemical Prevention of Cardiac Necroses*, Ed. Ronald, New York, 1958.

Scanned with OKEN Scanner

fluențe *patogene necondiționate* — cum ar fi radiațiile ionizante. Patogenii acționînd condițional pot determina efecte *diferite*, în funcție de condiționare. Latirismul experimental este caracterizat prin deformații osoase, hernie, anevrism disecant; dar administrarea de cortizol inhibă producerea leziunilor scheletice, în timp ce DOCA sensibilizează organismul față de producerea de anevrism. S-ar putea vorbi de o *disociere* a simptomatologiei sau de o influențare a „patoplasticii" bolii.

*

* *

O primă noțiune care se cere a fi discutată este aceea de *stress*. Definiția dată de Selye, legată de capacitatea sa de a produce S.G.A. este prea îngustă. *Stress* înseamnă, din punct de vedere medical, orice *ciocnire* (mai mult sau mai puțin violentă) între individ și mediu (Wolff, 1952). *Stress*-ul este, pe bună dreptate, considerat ca unul dintre principalele izvoare de boală — dar nu, neapărat, prin mijlocirea mecanismelor descoperite de Selye. La om trebuie să luăm în considerare, în primul rînd, *latura psihologică* a adaptării, iar — în acest cadru — accentul se pune pe situațiile stressante (de exemplu, *stress*-ul cronic afectiv) și nu pe *agenții* stressori. Problema adaptării este legată, astfel, în primul rînd, de efectele psihosomatice și de fiziologia activității nervoase superioare.

În ce privește solicitarea adaptativă adresată sistemului endocrin, ea ține mai mult de *stări* metabolice anormale, care acționează cronic (ex. diabet zaharat), decît de agresiuni acute.

În privința semnificației adaptative a reacțiilor la *stress*, intricarea reacțiilor dăunătoare cu cele pozitive, de apărare — ea este comună tuturor bolilor — așa cum a subliniat și I. P. Pavlov. Capacitatea organismului *de a contribui activ* la agravarea stării sale este evidențiată și de lucrări nerviste: A. D. Spe-

ranski, Reilly, Leriche (iritație, reflexe patologice, reflexe condiționate patologice etc.). Cercetări clinice și experimentale au arătat, de exemplu, că impregnarea cu glucocorticoizi favorizează unele tipuri de infecție și crește rezistența împotriva *altor* germeni microbieni sau virali. Principiul este fundamental în corticoterapie. Așadar, medicul va trebui să caute nu numai semnificația *reacțională* a unei stări morbide neuro-endocrine, ci și semnificația *adaptativă*, compensînd — pe cît se poate — *riscurile* implicate în reacția organismului. Nu trebuie să pierdem din vedere nici faptul că există *stress*-uri care pun în mișcare mecanismele complexe ale S.G.A. (în care caz sindromul dispare cînd s-a îndepărtat cauza) și *stress*-uri care dereglează mecanismele de adaptare; acesta din urmă reacționează haotic; *stress*-ul nu mai poate fi numit stimul; îndepărtarea sa nu duce obligatoriu la dispariția stării anormale. Este necesar deci să explorăm reactivitatea instanțelor de reglare — iar această recomandație este (cum se va vedea mai departe) în acord cu principiile ciberneticii biologice.

O problemă tot atît de dificilă este problema *specificității reacțiilor la stress*. H. Selye a pus accentul pe reacțiile stereotipice, decurgînd asemănător în situații foarte diferite, în mare măsură independent de specificul agentului nociv sau a influenței neobișnuite. Reacțiile exprimă mai curînd *starea* organismului stressat (capacitatea reactivă a axei hipofizo-suprarenale, de exemplu) decît *calitatea* agentului perturbant[51]. Fără a nega *asemănările* evidente din numeroase reacții la variați agenți, ne întrebăm dacă *diferențele* sînt neglijabile din punct de vedere teoretic sau practic. Pentru Laborit, spe-

[51] Am numit (1949) reacțiile caracteristice doar pentru sistemul viu, reacții ***idiospecifice***, spre deosebire de cele care reflectă calitatea și cantitatea stimulului sau a noxei (care sînt numite reacții ***alospecifice***).

Scanned with OKEN Scanner

cificitatea *absolută* a reacţiilor la *stress* este de neconceput, deoarece organismul are un număr limitat de mijloace de expresie: el nu este „poliglot". Însă prin combinarea simultană şi succesivă a unui număr relativ redus de modalităţi reacţionale fundamentale, se poate obţine o varietate *extrem de mare* de reacţii adaptative concrete. Nu este mai corect să vedem în descrierile lui Selye, sublinierea existenţei unui *factor comun* sau a unui *numitor comun?*

D. Postelnicu susţine, în mod foarte plauzibil[52], că, la un *stress* moderat, reacţiile sînt specifice, complexe, cu comandă nervoasă şi cu realizarea endocrină nestandardizată. Pe măsura intensificării *stress*-ului, specificitatea scade; în acelaşi timp, reacţiile devin mai puţin avantajoase pentru organism, sau chiar dezavantajoase. Pe primul plan trec mecanismele adaptative umorale, care sînt mecanisme inferioare, de mai mare vechime filogenetică. Situaţia devine net patologică atunci cînd nespecificitatea simptomelor trădează incapacitatea adaptativă a organismului. Să luăm exemplul bolilor infecţioase: între formele clinice grave ale diferitelor boli există o asemănare mai mare decît între formele clinice uşoare; producerea anticorpilor — care reprezintă prin excelenţă efortul de adaptare reuşit faţă de o invazie microbiană — este strict specifică.

După unii autori (Sayers, Engel, Ingle ş.a.) hormonii corticosuprarenali sînt *necesari*, dar nu *răspunzători* pentru desfăşurarea S.G.A. (au o acţiune *permisivă*). În S.G.A. se produce fie un consum crescut de corticoizi, fie o *sensibilizare* tisulară la acţiunea acestora.

H. Selye nu a acordat suficientă atenţie faptului că în majoritatea *stress*-urilor curente, dezlănţuirea

---

[52] D. Postelnicu, *Sur la spécificité des réactions au stress*, „Revue roum. Endocr.", 1965, p. 3—14.

Scanned with OKEN Scanner

și integrarea reacțiilor de adaptare se fac cu participarea activă a sistemului nervos central[53].

Durmișian (1960) a elaborat o schemă a *stress*-ului în care se atribuie rolul cuvenit interceptorilor, nevraxului și în special formațiunii reticulare și scoarței. cerebrale; de asemeni, el acordă importanță și fenomenelor neurotrofice (ex. în producerea ulcerațiilor digestive). Date experimentale sugerează eventuala însemnătate a perturbărilor activității centrilor endocrino-secretori în „deraierea" reacțiilor adaptative (apariția efectelor date de inhibiția supraliminară, de „reacțiile de urmă", de organizarea focarelor de excitație stagnantă). În felul acesta se poate face legătura între situațiile ce *solicită* sistemul endocrin, apariția *bolilor* endocrine, nevrozele și diencefalozele etc.

Solicitarea presupune integrare, deci este un concept din sfera reglării; epuizarea ține de regimul și de capacitățile metabolice ale organului solicitat. O influență funcțională poate fi, de aceea, o insuficiență de *corelație* sau o insuficiență *metabolică* (provocată de deficit în sînge, oxigen, materii prime, energie). Prima este o tulburare de ordin „cibernetic", cealaltă ține de sfera substanței sau a energiei. Această distincție poate favoriza o mai bună înțelegere a „bolilor de adaptare".

8. *„AGRESOLOGIA" LUI H. LABORIT*

H. Laborit, distins experimentator, continuă, într-un anumit sens, linia de gîndire Cannon-Selye și, în alt sens, linia doctrinară a școlii franceze de

[53] Fortier a deosebit *stress*-ul neurogen (în care noxa acționează prin sistemul nervos, ex. un sunet puternic) de cel „sistemic" (în care activarea endocrină este realizată pe cale mai ales umorală).

Scanned with OKEN Scanner

neurologie vegetativă, dominată de Leriche. Orizontul său biologic este larg iar considerațiile biofizice și cele biochimice sînt chemate, la tot pasul, ca puncte de sprijin ale speculațiilor sale teoretice.

Materia vie este caracterizată printr-o stare de echilibru între fenomene liberatoare de energie (catabolism) și fenomene de reconstrucție de rezerve și reparatoare (anabolism). Fenomenele catabolice tind să ducă sistemul viu spre starea de echilibru termodinamic, caracteristică materiei inanimate. Perturbațiile accidentale din mediu lucrează în același sens. Progresul biologic s-a realizat grație reglării homeostatice iar o parte importantă a homeostaziei este homeotermia, constanța termică la o temperatură relativ ridicată (premisă a desfășurării alerte a proceselor vitale). Scăderea temperaturii mediului în care trăiesc celulele încetinește procesele vitale, scade intensitatea lor globală, dar *descreşte* tendința la nivelare termodinamică. Se poate spune că, realizînd homeostazia, *filum*-ul vertebratelor a obținut mai multă libertate (o relativă independență în raport cu mediul), dar a plătit-o printr-o fragilitate crescută.

Cannon a insistat asupra „înțelepciunii corpului" dotat cu autoreglare; însă capacitatea de reglare își are limitele sale. Atunci cînd agresiunea din partea mediului este prea intensă sau durează prea mult, rezervele se epuizează, anabolismul nu mai poate compensa catabolismul, organismul este nevoit să facă apel la proteine pentru obținerea materiilor prime energetice; dar distrugerea proteinelor înseamnă distrugerea *substratului vieții*. Se trece, astfel, de la fiziologic la patologic. Limitele patologicului sînt atinse mai repede într-un organism evoluat. În adevăr, organismele primitive (de ex. multe poikiloterme) răspund la agresiune prin *supunere la mediu*. Organismele evoluate răspund printr-o reacție ce permite (în cazurile cele mai frecvente) menținerea intensității optime a proceselor vitale. Agresiunea *nu*

Scanned with OKEN Scanner

reduce procesele vitale ci, dimpotrivă, intensifică catabolismul, furnizorul energiei necesare pentru fugă sau pentru luptă. Organismul „amenințat" își sacrifică (temporar) integritatea biologică a unor organe, pentru a-și menține „libertatea motrice în raport cu mediul": libertate asigurată prin funcționarea creierului, cordului și mușchilor. Altfel spus, agresiunile grave nu pot fi suportate decît prin supunere față de mediu; organismul superior a devenit fragil, pentru că „nu știe să se mai supună".

Printre manifestările morbide, este necesar să deosebim ceea ce aparține leziunii (sindrom *lezional)* de ceea ce aparține reacțiilor de apărare și rezistență ale organismului (sindrom *reacțional).* Acestea din urmă sînt obținute prin mecanisme nervoase, endocrine, ionice, enzimatice („neuro-ergonale"). Ceea ce numim boală este „o combinație, în proporții variabile, ale unui sindrom comun, sindromul reacțional, contra căruia este eficace o terapeutică relativ uniformă, și de un sindrom specific, sindromul lezional, variabil cu tipul de agresiune și contra căreia este indispensabilă o terapeutică specifică"[54].

Sindromul *uniform* (clinic, anatomic, biologic) care urmează oricărei agresiuni organice este alcătuit de un *dezechilibru postagresiv* și din eforturile făcute de organism pentru a-și regăsi echilibrul pierdut. În ansamblu se obține o *reacție oscilantă postagresivă (ROPA)* care include o reacție neurovegetativă și una neuro-endocrină bifazică (cu o fază *catabolică* — în timpul căreia, de exemplu, rănile nu se cicatrizează, urmată de una *anabolică).* Posibilitatea de regăsire a echilibrului pierdut nu mai există în șoc. În această stare există, din punct de vedere energetic, o tendință *necompensată* către nivelarea termodinamică.

---

[54] H. Laborit, *Réaction organique à l'agression et choc,* 2 ed., Ed. Masson, Paris, 1955, p. 20—21.

Scanned with OKEN Scanner

ROPA depinde de „terenul reactiv". *ROPA* dizarmonică poate avea o amplitudine exagerată sau oscilații anormal de lungi. Important de reținut este faptul că „a ajuta organismul să suporte mai bine agresiunea nu este sinonim cu a crește intensitatea reacțiilor sale". Reacțiile foarte intense includ, de exemplu, reflexele de iritație descrise de Reilly (cu vasodilatație hemoragică și leziuni ireversibile). În general, se poate spune că mecanismele fiziologice *eșuează* în cazul agresiunilor grave (sau devin chiar *nocive).* Ca exemplu se poate lua chiar redistribuția sîngelui în vasoconstricția periferică de apărare: dacă beneficiază *unele* organe (organele esențiale pentru fugă și luptă), suferă *celelalte.* În asemenea situații grave, intervenția terapeutică de urgență nu este susținerea reacțiilor ci atenuarea lor. *Reacțiile* de rezistență tind să apere „viața liberă"; dar apărarea vieții *pur și simplu* poate fi mai importantă decît apărarea „vieții libere". Este necesar să realizăm o viață celulară *au ralenti* pentru a aștepta condiții de luptă mai favorabile. Aceasta se poate obține prin hibernația *artificială,* incluzînd neuroplegia medicamentoasă și hipotermia prin răcirea corporală atentă. Neuroplegia împiedică apariția dezordinelor lezionale. În felul acesta introducem artificial *supunerea* temporară la mediu; mimăm o „regresiune filogenetică" pentru a realiza o *adaptare mimetică.*

H. Laborit, analizînd diferitele atitudini organice în fața agresiunii, deosebește, în afară de *supunere* (prin care se obține o „adaptare" prin schimbarea *nivelului* la care se stabilește echilibrul fizio-biologic), *acomodarea* și *antrenamentul.* Acomodarea (numită de Sayers „ajustare"), este, mai întîi, mobilizarea mecanismelor homeostazice. Cînd agresiunea este intensă, organismul abandonează însă mecanismele homeostazice; el își asigură protecția de urgență a organelor esențiale (creier, cord, plămîn) și premisele luptei și fugii. Antrenamentul face posibilă

Scanned with OKEN Scanner

suportarea oscilațiilor postagresive ample, fără dezechilibrare; vaccinarea este, din acest punct de vedere, o formă de antrenament. Medicina mai poate interveni prin *exaltarea* mijloacelor de apărare și prin *diminuarea* intensității agresiunii (de ex. prin blocaj novocainic, prin răcirea părților inflamate sau traumatizate).

Deși lucrările lui H. Laborit sînt lucrări de fiziopatologie experimentală și clinică, autorul vorbește de preferință despre „fiziobiologie", făcînd apel constant la perspectivele comparativă, evoluționistă, embriologică, biochimică. Astfel, el consideră că parasimpaticul este sistemul nervos „paleosimpatic", fiind legat de funcțiile secretorii și visceromotorii subordonate anabolismului. Ortosimpaticul, de fapt „neosimpaticul", inhibă procesele fizio-biologice care condiționează anabolismul și mobilizează energia în serviciul sistemului neuro-muscular. Sistemul neosimpatic, adrenergic, nu este indispensabil *vieții* ca atare, ci numai *libertății* individului față de mediu. Cannon a arătat experimental că animalele simpatectomizate pot fi menținute în stare de sănătate aparentă, dar numai în condiții de captivitate. Conexiunea strînsă a acestui sistem cu reacțiile hiperglicemice se explică prin faptul că, pentru sistemul nervos, glucoza este indispensabilă.

Laborit observă că nou-născutul are o adaptare la mediu de tip *supunere*, existînd și în această privință un paralelism între ontogenie și filogenie.

Sesizînd „dubla față a lucrurilor" în sectorul adaptării la mediu, Laborit observă un paralelism și în legătură cu *evoluția sensibilității dureroase*. Durerea exprimă, pe planul conștiinței, „lupta", într-o agresiune nebanală. Absența durerii înseamnă fie echilibru, fie abandonarea rezistenței: eșecul luptei organice este indolor. „Pentru a nu suferi trebuie să abdici, adică să te adaptezi". Dar durerea este numai plata cerută pentru evoluția noastră biologică.

Scanned with OKEN Scanner

Cu cît un organism este mai evoluat, cu atît este mai apt pentru luptă și apărare, deci cu atît prezintă mai multe posibilități de suferință. Cu cît un individ biologic este mai liber, cu atît „trebuie" să sufere mai mult pentru a-și conserva libertatea. „Am vrea să nu suferim; dar am accepta, oare, să nu ocupăm locul care ne-a fost dat în scara animală? Autonomia nu valorează cît aceste sacrificii făcute în numele ei?"[55].

Dealtfel, autorul încearcă să stabilească și alte paralelisme între sectorul *fiziologic* în sens restrîns și sectorul *psihic*. Pentru a ne conserva integritatea psihică „în luptă cu mediul" dispunem de antrenament (ca în asceză), de folosirea „luptei contra exigențelor mediului interior" (somn, sete, foame, durere), dar și de regresiune, de adaptare mimetică, de abandonarea libertății (ca în toxicomanie). H. Laborit vorbește despre „homeopsihostazie".

Tendința omenească la cît mai multă libertate individuală poate fi privită ca o „prelungire" a evoluției naturale către autonomia organismică. Ea se lovește însă de datoriile impuse de viață socială. „Întreaga patologie cortico-viscerală este proprie omului numai pentru că omul este ființa cea mai liberă care trăiește în societate". Omul ar putea fi pus în acord „absolut" cu societatea, prin dresaj; aceasta ar duce la dispariția bolilor cortico-viscerale, dar — probabil — și la suprimarea evoluției. Psihofarmacologia (în sens larg) încearcă o pseudo-soluție a acestei situații dramatice prin atenuarea reacțiilor la mediu. Adevărata soluție este însă una evolutivă — evoluția personalității umane, spre o perfecțiune în care concordă cele două obiective: fericirea individului și binele societății. Aceasta nu înseamnă decît o societate făcută de *către* indivizi, *pentru* indivizi.

---

[55] H. Laborit, *Résistance et soumission en physio-biologie*, Ed. Masson, Paris, 1954, p. 67.

Scanned with OKEN Scanner

9. NEOHIPOCRATISMUL

Termenul a fost lansat de A. Cawadias și (1933) de A. Castiglioni. Un prim congres internațional de medicină neohipocratică s-a constituit în 1932. „Întoarcerea la Hipocrate" a fost înțeleasă în mod diferit, de către diferiți reprezentanți ai curentului caracterizat printr-o mare diversitate de concepții și opinii. Pe parcurs, s-au afiliat acestui curent numeroase secte medicale și paramedicale[56]. H. Sigerist considera (în 1934) că neohipocratismul este o varietate a „medicinii romantice", avînd certe relații cu filozofia irațională și mistică. Neohipocratismul s-a raliat cvasioficial vitalismului și idealismului; unul dintre reprezentanții săi de seamă, P. Delore, îl consideră ca expresie a unei reacții împotriva materialismului.

De fapt, neohipocratismul folosește din bogata moștenire hipocratică (autentică sau apocrifă), fie *mai ales* metodologia intuitivă, sintetică (primatul spiritului clinic, biotipologia), fie *mai ales* concepția despre organism (concepția umoralistă, reîmprospătată prin apelul la endocrinologie și la imunologie; legătura dintre boli și teren; unitatea organism-mediu), fie *mai ales* deontologia.

Cei mai receptivi la hipocratism, dar și la progresele medicinii științifice, văd în această reconsiderare a lui Hipocrat, o cale de a face sinteza creatoare între posibilitățile tehnice actuale și spiritul filozofic al hipocratismului: V. Bologa vorbea despre

---

[56] Vezi, Gh. Brătescu, *Hipocratismul în decursul secolelor*, Ed. științifică, București, 1967. Printre aderenți notăm pe A. Bier, P. Carton, G. Baissette, E. Liek, S. Oeconomos, F. Sauerbruch, L. Giuffré; de asemeni pe Fr. Kraus, M. Martiny, E. Kretschmer, N. Pende, G. Maranon, V. Kogan-Iasnîi, D. Danielopolu. Vezi și revista *Hippokrates*, care apare din 1928.

completarea analizei prin *spiritualitate*[57]. Discutînd prima monografie românească despre marele medic al antichității[58], L. Mavromati a făcut comentarii substanțiale privind *actualitatea* acestui clasic[59].

Ocupîndu-se de tendințele medicinii contemporane, P. Delore a argumentat posibilitatea sintezei (aparent ireconciliabile) între spiritul actual (analitic, morfologist, cu abuz de specializare, cu compartimentarea studiului omului, cu relativa neglijare a psihicului, a individualului și a factorilor calitativi) și tradițiile hipocratice și chiar „pitagoreene"[60]. În felul acesta s-a sperat să se treacă la un umanism medical (Laignel-Lavastine) *practic*, la o știință a omului care să fie în primul rînd o știință a *sănătății*. Medicina omului complet este medicina omului „real, viu, începînd prin a considera omul sănătos"[61]. Subliniind necesitatea de a ține seama de solidaritatea organelor și a funcțiilor, de unitatea organismului cu mediul (familial, profesional, social, cosmic), de corelațiile dintre corp și spirit și de rolul terenului, P. Delore conchide: *„medicina omului sănătos* va încerca să facă, nu un bilanț de leziuni ci un bilanț al forțelor de rezistență. Ea va cerceta capacitatea și nu decompensarea. În loc de a enunța ceea ce este oprit, va indica ceea ce este permis".

---

[57] V. L. Bologa, *Analiză și spiritualitate în medicină*, „Mem. Acad. Șt. Rom.", 1943, p. 11. Vezi și articolul scris cu V. G. Mateescu în „Clujul Medical", 1934, vol. 15, p. 426 și teza publicată de I. P. Macri la Cluj în 1936 *(Cîteva principii hipocratice în lumina științei moderne)*.

[58] A. Dobrovici, *Origines de la biologie — Hippocrate*, București, 1939.

[59] În „Mișcarea medicală română", 1941, vol. 14, p. 513—529.

[60] P. Delore, *Tendances de la médicine contemporaine*, Ed. Masson, Paris, 1936, p. 206 ș.u.

[61] P. Delore, *Introduction à la médicine de l'homme en santé et de l'homme malade*, Ed. Masson, Paris, 1944, p. 45.

Scanned with OKEN Scanner

R. Allendy[62] opune medicinii *analitice*, medicina *sintetică*. Prin medicina analitică el înțelege aceea care consideră că boala este rezultatul unei influențe exogene, accidentale, ce trebuie recunoscută prin analiză, combătută prin măsuri speciale care duc la suprimarea manifestărilor sale. Este atît medicina primitivilor, cît și medicina cultivată de un Galen, de arabi, de un Sylvius le Böe, de un Bichat, de urmașii lui Pasteur. Medicina sintetică vede în boală expresia unei activități endogene, un efort de adaptare la împrejurări dificile care trebuie susținut. Este medicina Indiei, a Chinei vechi, a lui Hipocrate, a hermetiștilor, a vitaliștilor, a lui Hahnemann. (Dealtfel relațiile dintre neohipocratism și homeopatie sînt foarte strînse.) Pentru medicina sintetică, bolile sînt forme contingente care se succed și se înlocuiesc; nici una nu este *locală* sau *momentană*.

Allendy proclama (1929) falimentul medicinii analitice. Previziunile sale nu s-au adeverit. Succesele chimioterapiei și ale antibioticelor, ale endocrinologiei și ale chirurgiei cardiace, nu pot să ascundă însă persistența unor elemente de „criză". Dezvoltarea concepțiilor integrative reprezintă, însă, expresia faptului că medicina contemporană oferă noi resurse pentru depășirea crizei, care apare astfel ca o „criză de creștere" și nu ca o criză de involuție.

10. *TENDINȚELE UNIFICATOARE DIN MEDICINA INTERBELICĂ GERMANĂ*

Honigmann, în 1924, s-a ocupat, în calitate de medico-istoric, de „tendințele spre unificare (unitate)" *(Einheitsbestrebungen)* din medicină, iar, în 1930, Sihle a organizat,

[62] R. Allendy, *Orientation des idées médicales*, Ed. Sans Pareil, Paris, 1929, p. 8.

la Riga, un congres pentru „sinteza medicală", cu scopul de a capta și a face să conflueze curentele medicale noi, spre edificarea unei concepții *(Weltanschauung)* pe măsura contemporaneității[63]. Încă de la acea manifestare științifică s-au conturat, în sînul participanților la mișcare, două tendințe: una — concretizată de B. Aschner — care cerea reîntoarcerea la tradițiile trecutului în *interesul practicii;* alta — al cărui reprezentant principal a fost Th. Brugsch —, cu preocupări *în primul rînd academice,* gnoseologice, teoretice și pentru care orice sinteză are ca premisă necesară — munca analitică. Principalele concluzii ale aderenților la ultima tendință au fost următoarele:

a) necesitatea unei sinteze între „ceea ce se învață" și „ceea ce se trăiește" (între *Erlernt* și *Erlebt)* (Brugsch);

b) gîndirea integralistă (sintetică), ca bază a unei *antropologii medicale* (O. Schwarz);

c) „drepturile" intuiției, alături de ale analizei inductive (Poll, Starkenstein);

d) necesitatea de a „completa" gîndirea cauzală, cu o gîndire „finală" (finalistă) (Ottfried Müller);

e) primatul ajutorării și vindecării, față de cercetare și cunoaștere (Borschardt);

f) necesitatea de a găsi metode de *cunoaștere a persoanei* (Brugsch), de a elabora o „teorie a persoanei", de a lua în considerare *norma personală.*

11. *MEDICINA CONSTITUȚIEI*

Medicina constituției (sau medicina „constituționalistă") continuă unele tradiții multimilenare ale medicinii hipocratice. Dar ea reapare pe firmamentul gîndirii medicale europene, în mare măsură ca o reacție la patologia localicistă a lui R. Virchow și la

[63] *Einheitsbestrebungen in der Medizin,* 2 vol., Ed. Steinkopff, Dresden, 1933—1934.

Scanned with OKEN Scanner

etiologismul extrem, bacteriologist, al epocii post-pasteuriene.

În 1880, Cohnheim afirmase că orice om infectat cu bacilul tuberculozei devine tuberculos[64]. Acestei afirmații (și altora asemănătoare), „constituționaliștii" le vor răspunde că *infecția microbiană* și *boala infecțioasă* nu sînt concepte superpozabile. „Orice abordare a bolii trebuie să aibă drept completare necesară — capitolul consacrat studiului reacției, variabilă după individ[65].

F. Martius a dus o campanie susținută pentru acreditarea științifică a conceptului de constituție, începînd din anul 1900. El a arătat că acest concept aparține patologiei *generale*, și nu numai patologiei infecțioase; că el nu este numai un concept negativ (predispoziție la boală) ci un concept pozitiv (rezistență la noxă); că el poate fi fundamentat pe bază experimentală și eredobiologică (genetică). Bacteriologia are meritul de a fi dat un impuls *reconsiderării* constituției: ea ne-a învățat că omul — dacă nu este (cum susțineau unii filozofi) măsura tuturor lucrurilor, este cel puțin măsura *bolilor omenești*. În ce constă constituționalismul *modern*, după Martius? Pentru acest autor, conceptul de constituție, îmbrățișînd întreaga patologie *(subordonînd* întreaga patologie) face să fie depășită împărțirea bolilor în „constituționale" și în boli „neconstituționale". În fiecare boală există un „moment constituțional", a cărui participare se cere a fi stabilită în mod științific. Mai departe, „constituțional" nu este sinonim cu „general": există boli *locale* prin predispoziții constituționale, ceea ce face ca opoziția față de virchowism să nu fie absolută (dealtfel, o anumită organizare mor-

---

[64] De fapt, afirmația sa suna întrucîtva altfel: „orice individ în care se *stabilește* virusul tuberculozei, devine un bolnav de tuberculoză".

[65] F. Martius, *Konstitution und Vererbung*, Ed. Springer, Berlin, 1914.

Scanned with OKEN Scanner

fologică poate fi premisa predispoziției). Virchowismul a păcătuit prin neglijarea extremă a cauzelor externe, în timp ce etiologismul bacteriologilor a păcătuit prin neglijarea cauzelor interne ale bolilor. În înțelesul lui Martius, constituția nu este numai *înnăscută*, ci este și *dobîndită* prin experiența și vicisitudinile vieții.

Constituționalismul poate fi fundamentat din ce în ce mai solid prin cercetarea faptică. La această întemeiere contribuie:

a) anatomia patologică: Martius se referă la cercetările antropometrice ale lui Beneke (din 1881), la profilarea — de către J. Bartel (în 1911) a stării timico-limfatice și a *status*-ului hipoplazic, și de către Stiller (în 1907) a „asteniei universale";

b) explorarea funcțională (încă din 1899, Fr. Kraus preconizase studiul *oboselii* ca măsură a particularităților constituționale individuale);

c) cercetarea clinică specială (Martius se referă la lucrările lui J. Bauer și, mai ales, ale lui Eppinger și Hess care descriseseră, din 1909, vagotonia și simpaticotonia);

d) cercetarea eredobiologică (legile lui Mendel fuseseră redescoperite în 1900).

În 1911, Pfaundler proclamase înglobarea „diatezelor" printre bolile constituționale iar cu doi ani înainte, Wieland prezentase noțiunea de *teren specific*. Hueppe considerase boala ca un proces, funcție de *dispoziție* (predispoziție) și de *expoziție* (expunere).

* * *

F. Martius atrăsese atenția asupra faptului că predispozițiile morbide individuale pot fi obiect de cercetare exactă. Pe această linie, un pas înainte îl va

Scanned with OKEN Scanner

face J. Bauer[66]. A ține seama de constituție înseamnă — spune el — a admite că diferențe individuale în alcătuire (structură, organizare), în capacitatea funcțională, în reactivitate, influențează predispoziția, simptomatologia și decursul bolilor. Constituția este deci un factor important în diagnosticare, prognoză, terapeutică. În etiologie, J. Bauer respinge atît „cauzalismul extrem" (am zice azi: concepția mecanicistă despre cauzalitate) cît și condiționalismul extrem, profesat de Verworn (care punea pe același plan toți factorii ce concură la producerea unui fenomen). Trebuie să deosebim condițiile *necesare (principale)* de cele substituibile, dar există treceri nesimțite de la „cauză" la „condiție obligatorie". De aceea, importanța relativă a momentelor exogene și a celor endogene în îmbolnăvire, nu poate fi rezolvată în *general* și *în principiu*. Boala *(B)* poate fi privită ca depinzînd direct de noxă *(N)* și invers de rezistență *(R)*:

$$B = \frac{N}{R}$$

Vom numi „predispoziție", o mărime reciprocă rezistenței:

$$P = \frac{1}{R}$$

Așadar $B = N \cdot P$, formulă ce trebuie privită ca un simbol, și nu ca o formulă de calcul. Este o primă teză a unei „științe a predispoziției" *(Dispositionslehre)*.

J. Bauer preia, în scopurile medicinii, noțiunile și metodele geneticii (Johannsen ș.a.). *Fenotipul* (înfățișarea corpului) este alcătuit din două părți: geno-

---

[66] J. Bauer, *Vorlesungen über allgemeine Konstitutions- und Vererbungslehre*, Ed. 2, Springer, Berlin, 1923 (prima ediție a apărut în 1918).

Scanned with OKEN Scanner

tipul *(idiotip,* după nomenclatura lui Lenz și Siemens) și variațiunile somatice *(paratip).* Genotipul este zestrea ereditară; somațiunile (paratipul) sînt achiziții în viața individuală. După J. Bauer, *numai genotipul fundamentează constituția* — paratipul este doar „condiție" (Tandler). De aceea și predispoziția este fie *constituțională,* fie *condițională.* Pentru studiul corelațiilor dintre o anumită particularitate constituțională pe de o parte, și frecvența unei boli pe de altă parte, Bauer recomandă metodele statisticii matematice. Particularitățile sînt privite, din perspectivă biologică — drept *variante;* din punct de vedere statistic, ele sînt *anomalii;* din punct de vedere medical, sînt deviații și (în unele cazuri) degenerescențe. Pentru apariția acestor variante, J. Bauer incriminează: mutația, consangvinitatea, selecția naturală și artificială, „întîmplarea".

J. Bauer acordă glandelor endocrine un rol însemnat în determinismul constituțional și descrie „constituții endocrine". În „sistematica" sa, el include nu numai anomalii morfologice ci și anomalii funcționale (inclusiv *malformații chimice).* Propune clasa anomaliilor *evolutive* și *involutive* (embrionism, fetalism, puerilism, infantilism) și admite, de asemeni, grupul *atavismelor.*

J. Bauer împrumută de la Martius noțiunile de „constituție de ansamblu" *(Gesamtkonstitution)* și de „constituție parțială". Ultima se referă și la „inferioritatea organelor" (meiopragie), legată, în unele cazuri, de un infantilism „topic" al organelor. Meiopragia poate afecta însă și o jumătate de corp, sau derivatele unei foițe embrionare, sau o funcție (un întreg sistem de organe).

J. Bauer examinează *corelația între părți,* distingînd: a) corelația „idioplasmatică" (prin asociere de factori ereditari); b) relația morfogenetică (diferențierea embrionară a părților este interdependentă); c) corelația nervoasă; d) corelația hormonală. După

Scanned with OKEN Scanner

acest autor, funcționarea organelor decurge în conformitate cu *principiul unei întreite asigurări,* la care participă organul terminal însuși, sistemul nervos și sistemul endocrin.

* * *

Th. Brugsch[67] crede că un om, fie el sănătos sau bolnav, nu poate fi privit, abordat, judecat, decît *constituționalist;* deci „abordarea constituționalistă" ar fi un pleonasm. „Constituția" este un concept *dinamic* legat de „organizarea organismului" și de echilibrarea factorilor interni cu cei externi. Ea trebuie înțeleasă morfologic, funcțional, metabolic, energetic, eredobiologic, ontogenetic-evoluționist; în legătură cu adaptarea, rezistența, predispoziția, îmbătrînirea, durata vieții etc. Interesul pentru viitor se concretizează în prognoză; prognosticăm pentru că avem de-a face cu un *om viu* („mortul n-are viitor"). *Principiul de clasificare* folosit este cel global — morfologic, *metodica* este biometrică (somatometrică dar și viscerometrică). Glandelor endocrine le revine un rol important în constituția corporală ca și în temperament. Boala este înțeleasă *funcțional,* inclusiv ca o tulburare a armoniei activităților. O astfel de tulburare *se propagă* în organism datorită *corelațiilor* între organe și sisteme (ceea ce se poate exemplifica în cazul endocrinopatiilor). Încercînd să-și situeze contribuția sa față de cea a predecesorilor, Brugsch consideră că opera lui Martius alcătuiește niște *prolegomene* iar opera lui Bauer, orientată patogenic — *paralipomene.* Orientarea esențială este către *individual.*

Precizările terminologice pe care le aduce ne arată subordonarea doctrinei sale la interesul clinic, *practic.* Predispoziția este asimilată constituției anormale,

---

[67] Th. Brugsch, *Allgemeine Prognostik,* Ed. Urban-Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1918, p. III.

Scanned with OKEN Scanner

iar boala latentă — *constituției morbide*[68]. Dacă prin *persoană* înțelegem „totalitatea, unitatea și unicitatea" eului individual, constituția este determinarea și valorizarea persoanei după însușirile (manifestările) corporale și sufletești *(constituante)*. Constituția este deci somatică și psihică; studierea ultimei poate fi denumită *personologie* sau *caracterologie*. Constituția ereditară este numită *constituție genică* și studiul ei incumbă *geneticii constituționale*. Brugsch menționează că tipurile *rasiale* nu se suprapun peste cele *constituționale* și recomandă metode somatoscopice, somatometrice, serologice și statistico-matematice pentru studiul și „diagnosticul" constituției[69].

12. „*TERAPIA CONSTITUȚIONALĂ*"

Pentru B. Aschner[70], concepția „constituționalistă" este importantă îndeosebi pentru orientarea terapiei. În atenția dată constituției putem să vedem o cotitură a medicinii comparabilă cu Renașterea sau cu Reforma[71].

Trebuie fundamentată (prin știință și experiență) o „formă *adîncită* și rafinată a tratamentului general, orientată umoral-patologic".

B. Aschner se situează deliberat pe linia tradițiilor hipocratice preconizînd „o revizie a punctului de vedere actual în perspectiva istoriei". Accentul pe tratamentul general nu exclude folosirea și a acelor tehnici locale (ex. „derivațiile" cutanate) care acționează nespecific. „Terapia constituțională își pro-

---

[68] Th. Brugsch, *Ganzheitsproblematik in der Medizin*, Ed. Urban-Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1936.

[69] Th. Brugsch, *Lehrbuch der inneren Medizin*, Ed. 5, vol. 1, Ed. Urban-Schwarzenberg, Berlin, 1940, p. 59—95.

[70] E. Aschner, *Technik der Konstitutionstherapie*, Ed. Wiedmann, Wien-Leipzig-Bern, 1936.

[71] Afirmațiile datează din 1922 și 1924.

Scanned with OKEN Scanner

pune să reconstruiască întregul sistem al medicinii umorale, într-o formă îmbunătăţită, corespunzătoare vremurilor, planificat şi nu pe bucăţi" (cum au încercat-o unii reabilitatori ai sîngerărilor, ai lipitorilor, şi ai purgaţiei etc.). Ea se fundamentează pe optimism şi se opune oscilaţiilor medicinii „şcolare" (universitare), oscilaţii între radicalismul terapeutic (Aschner vorbeşte despre „chimizarea" medicinii interne) şi nihilismul clinicienilor unor specialităţi. Ea se opune şi pozitivismului analitic care caracterizează medicina contemporană, factologiei, ba chiar materialismului mecanicist. Cercetarea predominantă a detaliilor, raţionalizarea „excesivă", hiperexacticismul, se cer compensate printr-o abordare „istoric-empirică". Valorificarea unor achiziţii ale medicinii tradiţionale este „obiectivul nr. 1" al lui B. Aschner.

Neglijarea aportului înaintaşilor din epoca zisă „preştiinţifică" a medicinii ne sărăceşte în mijloace de intervenţie: „orice activitate anistorică este (de aceea) neeconomică". Autorul acuză medicina oficială de a promova un dogmatism scientist şi de a cultiva o „neoscolastică".

De la hipocratism, B. Aschner preia ideea bolilor prin autointoxicaţie, prin „surplus de materii", pentru care, ca măsură logică, se impune folosirea mijloacelor clasice de eliminare a lor (purgaţie, vomă, sîngerare, sudaţie, cauterizarea pielii). O altă teză „modernizată" este aceea a *excreţiilor vicariante*. În acest sens menţionăm semnificaţia pe care a dat-o Hipocrate, emisiei „purificatoare" de sînge menstrual şi observaţiile privind dependenţa stării mentale de buna funcţionare a emonctoriilor.

De la gîndirea medicală modernă, Aschner preia noţiunea de constituţie în accepţia „capacităţii de reacţie" cu rădăcina în ereditate, dar modelabilă prin influenţa de mediu.

Neconstituţionalismul său ţine seama de o anumită labilitate şi inconstanţă a constituţiei, mobilita-

Scanned with OKEN Scanner

tea aceasta fiind ușor de constatat mai ales la femei, unde o sarcină, o boală etc. pot determina schimbări importante în timp scurt.

B. Aschner modernizează conceptul de *discrazie*, înțelegînd prin aceasta o stare care ține de tulburarea secrețiilor interne, a funcțiilor excretorii, a organelor hematopoetice, a metabolismelor și a reacțiilor imunitare. Există, în adevăr, stări morbide care nu numai că se *reflectă* în biochimia sîngelui, dar pentru care sîngele este o verigă patogenică importantă. O bună parte din arsenalul terapeutic „constituționalist" este îndreptat împotriva stărilor discrazice. Alte ținte principale ale acestei metode terapeutice sînt: habitusul astenic, habitusul obez-pletoric și inflamațiile cronice.

Critica mecanicismului, în loc să-l ducă la o viziune dialectică, îl apropie pe Aschner de vitalism. Preferința pentru mijloacele terapeutice tradiționale (care i-a adus mari succese terapeutice și o celebritate mondială) a fost criticată ca fiind un „anacronism" și un „arhaism" terapeutic. În orice caz, astăzi, în epoca antibioticelor, chimioterapiei și hormonoterapiei, principiile asocierii între terapia „constituțională" și cea etiotropă sau patogenică modernă — ar trebui fundamental reconsiderate.

13. *PATOLOGIA CHIMICĂ*

Termenul de „patologie moleculară" a început să circule în literatura medicală în jurul lui 1930, cu aproape un deceniu înainte de a apare termenul de „biologie moleculară"[72]. Este epoca în care, pentru a

[72] H. Schade, *Die Molekularpathologie der Entzündung*, Ed. Steinkopff, Dresden, 1935 (lucrări începînd din 1923). Hauswirth a vorbit despre „chemoze". Viziunea actuală este prezentată, sub redacția lui I. Teodorescu-Exarcu, în *Patologia biochimică*, Ed. Medicală, București, 1974.

Scanned with OKEN Scanner

marca opoziția față de „morfologismul" patologiei clasice, N. Gavrilescu a folosit, pentru prima oară, conceptul de *leziune biochimică*.

Orientarea medicinii contemporane către problemele de biochimie și metabolism subsumează o serie de direcții de cercetare, teorii și școli de patologie — a căror sistematizare este extrem de dificilă. Paginile noastre au un caracter schematic și sînt în mod deliberat limitate la unele aspecte, în concordanță cu obiectivele lucrării.

1. Sfîrșitul secolului al XIX-lea a înregistrat (mai ales în Franța), dezbateri în legătură cu noțiunea de *diateză*. Diateză înseamnă o stare constituțională, premorbidă sau morbidă, a *întregului* organism, manifestată mai ales prin dereglări ale echilibrului umoral și prin alterări *chimice* în țesuturi (ex. diateză urică, oxalică). Tranzițiile între diateză și *boala de nutriție* (ca diabetul zaharat, obezitatea) sînt imperceptibile.

2. „Umoralismul" — cu vechi tradiții hipocratice — reînvie în pragul secolului XX sub două aspecte cu desăvîrșire noi: a) imunitatea umorală (prin anticorpi) — în urma descoperirii seroterapiei de către Babeș, Behring ș.a.; b) endocrinologia, care arată semnificația hormonilor ca elemente ale unui sistem de *integrare* chimic și opune o patologie *umorală*, patologiei *lezionale* (viscerale sau tisulare), patologie „solidistă".

Faptul că îmbolnăvirile glandelor endocrine duc la simptome *generale*, atît somatice *cît și psihice*, trebuie cu deosebire reținut. Tulburarea funcțională generată de insuficiența sau de hipersecreția hormonală poate evolua spre leziune anatomică; ni se prezintă, astfel, un „model" pentru o relație dinamică, în care leziunea nu este un *primum movens* al bolii. În sfîrșit, hormonul nu este numai *mesagerul* chimic; el acționează *controlînd* biochimismul celular și

Scanned with OKEN Scanner

tisular, atît cel plastic cît și cel energetic. „Punctul" de atac al hormonilor poate fi cromozomul, membrana celulară sau mitocondrială, activitatea enzimatică, echilibrul coloidal al protoplasmei sau al umorilor etc. O parte din bolile de nutriție și din diateze au la bază tulburări ale echilibrului endocrin (obezități endocrine, diabet zaharat pancreatic sau steroid etc.).

3. La începutul secolului al XX-lea, Garrod propune eticheta de „erori înnăscute ale metabolismului", pe care o aplică unor tulburări benigne sau grave, cum ar fi alcaptonuria, galactozemia etc. Astăzi știm că, în această categorie de boli *ereditare* (nu numai *congenitale)* intră consecințele absenței unor enzime de mare specificitate. Absența respectivă poate fi interpretată ca o mutație — deci aceste „erori" sînt, de fapt, variante biochimice ale speciei umane; în afară de cele care se manifestă printr-o stare morbidă persistentă, există unele (studiate de către farmacogenetică) care se manifestă prin intoleranță la unele medicamente *(idiosincrazii).* Dacă lipsește o enzimă necesară transformării substanței *A* în substanța *B*, se pot întîmpla mai multe lucruri: a) *A* se acumulează și — dacă este o substanță toxică — determină simptome de intoxicație; b) *B* lipsește și, dacă este o substanță necesară, determină simptome de carență (analoage hipovitaminozelor sau insuficiențelor hormonale); c) metabolismul este îndrumat pe o cale colaterală[73].

Deși este o tulburare *generală*, o asemenea „eroare înnăscută de metabolism" poate da o simptomatologie *limitată* la organele afectate mai profund. Este important să menționăm că unele „erori metabolice" determină tulburări psihice, prin intoxicație cerebrală (ca în galactozemie) sau prin alterare metabo-

[73] A se vedea: V. Săhleanu, *Chimia, fizica și matematica vieții*, Ed. științifică, București, 1965, p. 342—357.

lică celulară consecutivă tezaurismozei (ca în idioția amaurotică Tay-Sachs)[74].

Se cunosc și cazuri de „erori de metabolism" rezultînd din mutații *somatice*, care deci afectează numai o parte din organism (ex. o tumoră); ele nu sînt ereditare nici congenitale, dar pot avea o simptomatologie generală.

4. O noțiune apropiată de cea de diateză și de boală de nutriție este cea de *autointoxicație*, „exploatată" mai ales în clinica franceză de acum 60—80 ani[75]. Autointoxicația a fost „explicată" prin: a) insuficiența emonctoriilor (de ex. insuficiența renală); b) *staza* în intestin, colecist, bazinete urinare etc. Mecinikov a atribuit autointoxicației de origină colică, o parte (cel puțin) din mecanismele îmbătrînirii. Între 1910—1930, Al. Carrel și Ebeling au emis ipoteza după care îmbătrînirea și moartea naturală se datoresc autointoxicației, inevitabilă la organismele *pluricelulare*. Patogenia bolilor endocrine hiperfuncționale (ca boala Basedow) a fost subsumată noțiunii de autointoxicație („gușa toxică"), incriminîndu-se fie un produs de secreție *alterat*, fie „toxicitatea prin exces" (orice substanță devine toxică în doze excesive). *Concepția toxicologică* reușise să unifice, la un moment dat, sectoare întinse din patologie: toxicologia, patologia infecțioasă (unele bacterii — ca cele difterice, tetanice, botulinice, tifice etc. — sînt nocive mai ales prin toxine), endocrinologia, geriatria, patologia de nutriție etc.

5. *Biologia moleculară* și-a propus inițial să dea socoteală, prin considerații de structură moleculară, de unele însușiri ale substanțelor macromoleculare (proteine, celuloză etc.) importante pentru viață. Treptat, termenul a ajuns aproape sinonim cu exa-

---

[74] În 1965 se cunoșteau peste 40 „erori înnăscute de metabolism" complicate cu idioție.

[75] Ch. Bouchard, *Maladies par relentissement de la nutrition* (1882) și *Leçons sur les auto-intoxications* (1887).

minarea proceselor biologice la nivelul de organizare molecular. O accepţie intermediară este explicarea însuşirilor biologice ale substanţelor (plastice, energetice, reglatoare, medicamentoase, toxice etc.) prin structura lor chimică sau electronică (Szent-Györgyi a vorbit şi despre *biologie submoleculară*)[76]. În momentul de faţă biologia moleculară reprezintă un domeniu de contact între biochimie şi biofizică; explorarea începe de la etajul ultrastructural (infracelular) *în adîncime* iar în centrul atenţiei stau macromoleculele proteice şi acizii nucleici.

Biologia moleculară nu este o concepţie despre „natura moleculară a vieţii" (viaţa este expresia unor sisteme plurimoleculare, organizate supramolecular!) şi deci nu implică noţiunea foarte discutabilă de „moleculă vie". Atenţia deosebită dată proteinelor şi acizilor nucleici se datoreşte rolului fundamental al acestor substanţe în alcătuirea, funcţionarea şi reproducerea sistemelor vii. Proteinele cel mai amplu studiate sînt enzimele şi alte proteine funcţionale (ca hemoglobina) — deci proteine *specifice*. Specificitatea lor este dată de compoziţie, ordine interioară, structură, formă etc. Sinteza lor specifică ţine de specificitatea acizilor nucleici, dintre care acidul dezoxiribonucleic este substanţa „specializată" pentru depozitarea şi transmiterea „informaţiei ereditare". Specificitatea de compoziţie, cea structurală etc. ne permite să folosim, pentru caracterizarea ei cantitativă, termenul de „informaţie structurală". L. Pauling şi E. Zuckerkandl au propus, pentru moleculele mari de înaltă specificitate („moleculele informaţionale") — termenul de *semantide*. Studiul mecanismelor de sinteză specifică a proteinelor, după

---

[76] A. Szent-Györgyi, *Introduction to submolecular biology*, 1962.

Scanned with OKEN Scanner

„matrița" acizilor nucleici — este obiectul *geneticii moleculare*[77].

Pentru că „informația ereditară" se referă atît la caractere fizice cît și la însușiri psihice, biologia moleculară (dezvoltată în ultimul deceniu) este o cale *sui generis* de a „prinde" unitatea psiho-somatică, la *originile* sale ontogenetice.

6. *Specificul calitativ* al fenomenelor chimice de la baza vieții este datorit, în parte, structurii macromoleculare și coloidale (micelare); specificului calitativ al polipeptidelor și polinucleotidelor; caracterului heterogen și structurat al protoplasmei; rolului deosebit jucat de electronii delocalizați (electroni π) din dublele legături conjugate (Pullmann); intricației strînse dintre fenomenele chimice și cele electrice; caracterului fizic apropiat de cel al semiconductorilor, al multor combinații biomacromoleculare (Szent-Györgyi, Ernst); transferului particular de membrană (Ling) etc. Specificul *electrobiochimiei* a fost analizat de I. Cotăescu[78].

E. Macovschi[79] a elaborat în ultimii ani (începînd din 1959) o teorie asupra structurii particulare a materiei vii: o formă *sui generis*, supramoleculară, în care substanțele moleculare se integrează fără o modificare profundă și ireversibilă a structurii chimice proprii, dar dobîndind în acest fel noi posibilități de manifestare. Protoplasma ar avea o structură *spongioasă* conținînd materie vie (al cărei dinamism este *metabolismul*) și materie nevie (al cărei dinamism este *biochimismul*). „Structura vie" (sistem cvadridimensional) se destramă în momentul morții; orînduirea ei specifică echivalează cu o *engramă* bio-

---

[77] I. Moraru și Șt. Antohi, *Introducere în genetica moleculară*, Ed. Medicală, București, 1966.

[78] I. Cotăescu, *Materia vie*, Ed. II, Ed. științifică, București, 1967.

[79] E. Macovschi, *Biostructura*, Ed. Academiei R.S.R., București, 1969.

Scanned with OKEN Scanner

logică. Asimilația sau funcționarea duc la informații noi prin „codificarea aranjării spațiale reciproce a moleculelor"; căci substanțele integrate capătă *funcții cibernetice* (de autoreglare și informație). E. Macovschi atribuie polifosfatidelor, un rol în fenomenele de memorie. Pentru că celula este un *continuum*, se poate înțelege cum o singură celulă de toxic, medicament etc. poate influența o *celulă întreagă* și, prin mijlocirea ei, oricare activitate enzimatică.

7. I. Cotăescu (în cercetări întinse pe mai bine de 15 ani) și-a propus să lămurească mecanismul *metabolic* al proceselor fiziologice normale și patologice și al acțiunii farmacodinamice[80]. Analiza dialectică a metabolismului celular îi dezvăluie *contradicția specifică* a materiei vii care este cea dintre asimilație și dezasimilație. Raportul cantitativ al proceselor determină *calitatea* întregului[81]. Mecanismul principal al dezasimilației este degradarea oxidativă enzimatică. Mecanismul principal al asimilației este integrarea moleculelor exogene în structura proprie — un proces de asemeni enzimatic. Dezasimilarea este cea care generează energia necesară asimilării, dar degradarea oxidativă depinde ea însăși de asimilare, care menține structurile enzimatice necesare pentru ambele procese. Energia rezultată din oxidația biologică servește, așadar, pentru sinteză și pentru activitatea fiziologică diferențiată. Tot procesul este centrat de legăturile fosfatice macroergice (~ P din ATP) („acumulator" fosfatic).

Excitația se caracterizează prin predominanța dezasimilației, iar inhibiția, fie prin predominanța refacerii asimilării, fie prin epuizare. Excitabilitatea depinde de substratul energetic, reactivitatea este în funcție de viteza generală a

---

[80] I. Cotăescu, ***Fiziologie celulară***, Ed. Medicală, București, 1971.

[81] ***Contribuție la studiul contradicției interne în materia vie***, „Stud. cercet. șt. Medicale" (Timișoara), 1961, vol. 8, nr. 3—4.

Scanned with OKEN Scanner

proceselor metabolice fundamentale. La o analiză mai profundă, se găsesc trei modalități de intervenție a factorilor: a) asfixia aerobă (acetilcolină) — prin activarea enzimelor ce liberează energie pentru efectori; b) asfixia anoxică (anoxie, hipoxie, cianuri, oxid de carbon); c) antiasfixia aerobă (adrenalină, novocaină, hormoni steranici, micine) — prin activarea oxidației biologice. Efectul Pasteur (inhibarea fermentației, adică a oxidării anaerobe, prin respirație, adică prin oxidare aerobă — de ultima depinzînd refacerea) este inhibat la rîndul său în excitație și întărit în inhibiția de refacere. Se poate ajunge la boală prin predominanța de intensitate și de durată a *oricărei* laturi a metabolismului.

Acțiunea de tip adrenergic este o activare a oxidației biologice, manifestîndu-se fie prin creșterea suportului solicitării funcționale (a reactivității), fie prin favorizarea oxidației. Acțiunea de tip colinergic este o activare a dezasimilației, cu excitație sau inhibiție de epuizare transformată (sau nu) în inhibiție de refacere. Efectorii adrenergici sînt trofici în condiții în care aportul exogen de substanțe este asigurat; cei colinergici sînt trofici numai pentru țesuturile care nu au automatism fiziologic propriu (în musculatura striată, solicitarea funcțională prin menținerea inervației colinergice este necesară pentru întreținerea metabolismului).

Orice influență chimică acționează în funcție de electivitatea biologică, tisulară (de substrat) și funcțională. I. Cotăescu admite că *sensul acțiunii este același* pe diferitele sisteme biologice, dar *limitele* între care se produce acțiunea determină efectul final. Astfel, la microorganisme, penicilina poate împinge favorizarea asimilației pînă la antibioză. Novocaina este mai activă pe macroorganisme decît pe microorganisme. Electivitatea de substrat (organ, țesut) explică de ce, de pildă, atropina și curara au, aparent, un alt „organotropism"[82]. Efectul cel mai intens se produce

[82] Este vorba de o „farmacodinamie nespecifică", într-un sens mai profund decît la D. Danielopolu (care l-a influențat pe I. Cotăescu).

Scanned with OKEN Scanner

întotdeauna asupra organului cel mai solicitat din punct de vedere funcțional.

Spre deosebire de plante, în celulele animale apar structuri diferențiate funcționale *consumatoare de energie* în dauna sintezei — ceea ce constituie o „contradicție secundară". De aci rezultă: posibilitatea ca predominanța asimilației să *alterneze* cu predominanța dezasimilației; scăderea capacității de multiplicare sau/și de creștere pentru celulele cu intensă activitate (celulele nervoase); dependența metabolismului de solicitarea funcțională din mediu; perfecționarea unui mecanism de creștere a vitezei metabolismului; subordonarea celulelor cu activitate glandulară și motorie față de sistemul nervos etc.

8. Orientarea spre metabolism și spre biochimism poate fi integrată în viziunea clasică a unității dintre *formă* și *funcție* cu ajutorul conceptului de *trepte* sau *nivele* structurale (de organizare a materiei vii). B. Menkes[83] vorbește despre *etaje morfologice* și enumeră, de jos în sus, nivelul ultrastructurilor (leptonice, coloidale), nivelul organitelor celulare, nivelul celular, nivelul tisular (în care găsim „histosisteme", ca foliculii tiroidieni sau glomerulii renali), nivelul de organ, nivelul de organism. Poate că nivelului ultrastructural trebuie să-i facem să preceadă domeniul *propriu-zis* al biomoleculelor; iar dincolo de nivelul organismic, găsim sisteme supraorganismice de care se ocupă ecologia. Fiecare treaptă prezintă o „calitate morfo-funcțională" *nouă* față de cea subiacentă, iar la fiecare treaptă de organizare, legăturile „formă-funcție" îmbracă aspecte particulare. Nivelul celular pare a fi nivelul *cel mai important* de organizare; celula este un sistem care prezintă toate proprietățile vieții. Fiecare nivel de organizare are legi biologice proprii. Atenția dată patologiei chimice

[83] Vezi volumul *Probleme de morfopatologie*, Ed. de stat, București, 1953, p. 15 ș.u. Se discută, cu alte cuvinte, un „concept lărgit al morfologiei".

Scanned with OKEN Scanner

exprimă importanța influențelor „de jos în sus", de la biochimic la morfologic. Aceste influențe par a fi o parte obligatorie a lanțului cauzal, chiar în efectele care pornesc de la sistemul nervos, funcțional suprapus, adică de „sus în jos".

Este evident că nu orice modificare a structurii se face prin mijlocirea factorilor metabolici (de exemplu, într-o fractură).

9. Hans Eppinger a expus, amplu și documentat, o doctrină despre debutul bolii „capabilă să reunească cele mai bune tradiții ale patologiei umorale cu rezultatele patologiei solidistice, de organ și celulare (ultima devenită în vremurile mai noi, prea „specializată" în sens analitic)"[84]. Date clinice și experimentale sugerează că, deseori, prima scenă a primului act din drama morbidă este o tulburare a permeabilității capilare. Urmarea acestei tulburări este o „albuminurie generală în țesuturi", având consecințe grave asupra echilibrului biologic al celulelor parenchimatoase. Starea poate fi modelată experimental în intoxicația cu histamină sau cu formiat de alil. Clinic, ea poate fi urmărită, de exemplu, în nefrita acută sau în unele forme de hepatită. Pe plan celular, alterarea vitalității parenchimului se manifestă prin tendința la nivelare a concentrațiilor ionilor minerali, din afara și dinlăuntrul celulei: *transmineralizarea*. Din punct de vedere terapeutic este interesant de menționat că piramidonul, sau alte substanțe (hormoni corticoizi, de exemplu) cu largă utilizare în primele faze ale diferitelor boli, normalizează permeabilitatea capilară și celulară. De fapt, permeabilitatea implicată în aceste tulburări nu este permeabilitatea „fizică", răspunzătoare de fenomenele de difuzie și de osmoză, ci *permeabilitatea fiziologică*, selectivă, legată de viața celulei, de particularitățile membranei vii. Această permeabilitate selectivă este unul dintre fundamentele proceselor vitale și *în sensul*

[84] H. Eppinger, *Permeabilitätspathologie*, Ed. Springer, Wien, 1949.

Scanned with OKEN Scanner

acesta (al accentuării specificului calitativ al membranei celulare), H. Eppinger se declară „neovitalist".

10. Orientarea *chimică* actuală a fost precedată de o orientare *fizico-chimică,* care a avut popularitate în primele trei decenii ale secolului XX: ea a exploatat cunoștințele vremii cu privire la *starea coloidală,* ca fiind definitorie pentru materia vie. Kopaczewski a expus sistematic bazele experimentale ale problemei într-o *Biocoloidologie.* Cel care a insistat asupra implicațiilor patologice a fost A. Lumière (1922, 1930). Termenul de „șoc coloidoclazic" a fost popularizat de Widal. Ruzicka și Gh. Marinescu (1924), independent unul de altul, au propus o teorie coloidală a îmbătrînirii[85].

14. *MICIURINISMUL*

După cum se știe, V. I. Miciurin a fost un pomicultor autodidact, genial prin intuiție, perseverență și ingeniozitate experimentală, căruia i se datorește nu numai crearea unor noi soiuri de plante și a unor noi metode de a transforma ereditatea vegetală, ci și embrionul unei noi concepții despre ereditate. Această concepție a fost dezvoltată de către T. D. Lîsenko în cadrul a ceea ce s-a numit „darwinism creator". Tendința de a face din lucrările practic-experimentale ale lui V. I. Miciurin, baza unei biologii dialectice, s-a manifestat și în gîndirea medicală românească[86].

---

[85] Vezi V. Săhleanu, *Biofizica,* Ed. didactică și pedagogică, București, 1966; Tr. Gheorghiu, T. Grossu și V. Săhleanu, *Introducere în biofizică,* Ed. Științifică, București, 1967.

[86] *La situation dans la science biologique,* Académie des Sciences Agricoles d'URSS, 1948; O. Maller, *Ereditate și mediu,* București, Ed. de stat, 1946.

Scanned with OKEN Scanner

Aspectul „integrativ" al miciurinismului vizează unitatea soma-germen și unitatea organism-mediu. Prin „somă" și „germen", A. Weismann desemnase, la sfîrșitul secolului trecut, două ipotetice părți ale materiei vii: prima — corespunzînd părții vegetative, aparente a organismului; a doua, corespunzînd liniei celulare care va da naștere celulelor reproductive. Weismann postula independența relativă a liniei celulare germinale față de cea a somei și imortalitatea sa potențială. Weismann (și, după el, neodarviniștii) au negat, îndeosebi, posibilitatea influențării *orientate* a ereditații de către evenimentele ce se petrec în soma, sau în mediul de viață al organismelor; în particular, ei nu au recunoscut posibilitatea transmiterii, la urmași, a însușirilor dobîndite de părinți în cursul vieții lor. Ereditatea caracterelor dobîndite a fost afirmată foarte categoric de către Lamarck (în 1809); astfel, miciurinismul are nuanțe „neolamarckiste". Mergînd pe această linie, Lîsenko a negat chiar și existența unor organite celulare speciale legate de mecanismele ereditații (a refuzat să admită teoria cromozomială a ereditații), cu atît mai mult a unor compuși chimici „specializați" pentru această funcție (cum ar fi acizii nucleici). Lîsenko a afirmat, în schimb, că modificînd *baza metabolică* a proceselor vieții, se poate schimba ereditatea. Ereditatea este văzută ca o „cerință" a organismului, care — pentru a se dezvolta — are nevoie de anumite condiții de mediu. Prin modificarea lor putem influența profund esența oricărui organism. *Mutatis mutandis*, boala ereditară este privită ca rezultatul unor condiții improprii de mediu.

Citogenetica, genetica biochimică și genetica moleculară au demonstrat însă că nu există decît o singură cale de a ne apropia de „stăpînirea" bolilor ereditare: recunoașterea lor ca atare și cunoașterea mecanismelor chimice (enzimatice etc.) de realizare a stării morbide.

Miciurinismul a avut ecou relativ modest în medicină, în afara sectorului de genetică.

Scanned with OKEN Scanner

Nici endocrinologia nu a valorificat substanțial tezele sale, deși ea s-ar fi putut prevala de două idei de bază: 1) considerarea sistemului endocrin ca instrument de adaptare la mediu a statusului metabolic al organismului; 2) existența unor însușiri ereditare manifestate pe linie endocrină, ca și a condiționării endocrine a apariției și dezvoltării multor însușiri ereditare.

Printre ideile miciurinismului, „adaptate" pe parcurs la nevoile patologiei, menționăm teza *stadialității*. Organismul, în dezvoltare, parcurge etape în care „cerințele" sale față de mediu sînt diferite, cantitativ și calitativ.

O noțiune care merită o atenție specială este aceea de *vitalitate*. T. D. Lîsenko reia unele idei ale lui Darwin privind avantajele fecundării încrucișate (și dezavantajele autopolenizării) la plante și elaborează o teorie „dialectică" a vitalității, privită ca rezultat al contradicțiilor interne. Gradul de vitalitate al unui organism este determinat de eterogenitatea lui internă. Intensificarea acestor contradicții poate fi realizată prin *asimilație*, sub trei forme diferite: a) fecundație („asimilația reciprocă" a celor două celule sexuale — care duce la întrunirea potențelor biologice diferite ale părinților); b) hibridarea vegetativă (asimilația de către altoi a substanțelor plastice specifice ale port-altoiului); c) „asimilația unor condiții de existență modificate", impunînd anumite restructurări metabolice. În concepția lui Lîsenko, sursa finală a eterogenității este, în toate cazurile, mediul, partenerii sexuali fiind, de exemplu, numai *mijlocitorii* unor condiții contradictorii din mediul extern[87]. Asemenea teze s-au dovedit a nu avea acoperirea științifică corespunzătoare.

Teoria vitalității a fost corect dezvoltată de către I. Peatnițchi și vom examina-o ulterior.

---

[87] T. D. Lîsenko, *Jiznennosti rastitelnîh i jivotnîh organizmov*, „Agrobiologhiia", 1952, nr. 5, p. 3.

15. *NERVISMUL PAVLOVIST*

În gîndirea ştiinţifică, I. P. Pavlov continuă concepţiile lui Secenov din fiziologie şi ale lui Botkin din patologie[88]. De la Secenov (1865) I. P. Pavlov a luat viziunea reflexologică asupra funcţionării sistemului nervos ca şi convingerea că însuşi creierul funcţionează după aceleaşi principii. I. P. Pavlov a valorificat amplu descoperirea — de către acesta — a fenomenului de inhibiţie nervoasă, a folosit larg noţiunea de *parabioză* introdusă de Vvedenski şi a adăugat la edificiul neurofiziologic, construit prin eforturile lui Cl. Bernard, Sherrington ş.a., lucrări fundamentale originale referitoare la reflexele condiţionate. De la Botkin, ilustru internist, I. P. Pavlov a preluat teza nervismului, care atribuie sistemului nervos rolul principal în menţinerea sănătăţii, în apărarea organismului faţă de noxe, faţă de agenţii patogeni. I. P. Pavlov a fost mai întîi naturalist, completîndu-şi instrucţia universitară cu studii medicale: acest detaliu biografic este răspunzător de orizontul său biologic cuprinzător şi de străduinţele sale de a găsi „rostul" biologic al legilor fiziologice. I. P. Pavlov considera că înţelegerea unui fenomen fiziologic nu se poate rezuma la descifrarea mecanismelor şi la enunţarea legilor; ea include obligatoriu consideraţii cu privire la *utilitatea* acestor mecanisme în procesul de adaptare la mediu.

I. P. Pavlov porneşte de la „noţiunea carteziană de reflex", deosebind reflexe înnăscute simple de cele complexe (care sînt instinctele). Aceste reflexe caracterizează *activitatea nervoasă inferioară*. Orga-

---

[88] A se consulta: A. Kreindler, *Gîndirea materialistă şi dialectică în opera lui I. P. Pavlov*, „Stud. cercet. fiziol. norm. patol.", 1952, vol. 1, p. 1; A. G. Ivanov-Smolenski, *Învăţătura lui I. P. Pavlov şi fiziopatologia*, „Stud. cercet. fiziol. neurol.", 1951, vol. 2, p. 9—26.

Scanned with OKEN Scanner

nismele animale evoluate, care trăiesc într-un mediu complex și variabil, posedă și o *activitate nervoasă superioară:* sistemul lor nervos este capabil să facă „legături temporare" între un anumit excitant și un anumit răspuns, legături care sînt la baza reflexelor condiționate (sau „condiționale"), adică la baza unor reflexe dobîndite; ele se învață la repetarea unei anumite situații de mediu și se sting dacă nu sînt „întărite" printr-o astfel de repetare. În reflexele condiționate, excitantul are o valoare de semnalizare (primul sistem de semnalizare). Aceste reflexe sînt fundamentul comportamentului complex, dar și al adaptării fine a organelor interne: aproape toate lucrările lui I. P. Pavlov asupra reflexelor condiționate s-au executat luînd ca test reacția secretorie a glandei salivare! K. M. Bîcov a extins aceste lucrări cercetînd răspunsul reflex condiționat al viscerelor[89]. Pavlov își alesese organul-test potrivit pentru o cercetare cantitativă; lucrările lui Bîcov au fost făcute deliberat pentru interesul lor doctrinal.

Substratul anatomic al activității nervoase superioare îl reprezintă *emisferele cerebrale.* O localizare mai precisă au susținut-o elevii lui Pavlov; scoarța cerebrală (cortex, corticalitate). Dezvoltarea enormă a scoarței cerebrale la om corespunde apariției și dezvoltării (în condițiile vieții sociale) a unui „al doilea sistem de semnalizare" (care „semnalizează semnalele") și care este alcătuit din limbaj. Strîns legată de limbaj — alcătuindu-i premisele — este gîndirea abstractă. Insistînd asupra faptului că în cuvînt trebuie să vedem un „excitant real", Pavlov a cuprins, în cadrul unei fiziologii unitare, și psihologia. În adevăr, reflexul condiționat corespunde procesului psihic „elementar", care este asociația. Situîndu-se pe poziția unui monism ontologic (materialism) și a unui monism metodologic, I. P. Pavlov

[89] K. M. Bîcov, *Scoarța cerebrală și organele interne,* Ed. de Stat, București, 1948.

Scanned with OKEN Scanner

a lansat proiectul unei cercetări exhaustive, cu mijloacele fiziologiei, și a explicației cauzale, în termenii fiziologiei — a vieții sufletești. Pavlov s-a mîndrit cu realizarea cuprinderii fiziologiei corticale în cadrul fiziologiei organismului — performanță care nu fusese realizată nici de către Sherrington, cel care enunțase conceptul „funcției integrative" a sistemului nervos.

I. P. Pavlov a afirmat, însă, mai mult: a afirmat controlul cerebral (cortical) al tuturor actelor fiziologice din organism. Sistemului nervos îi revin sarcinile principale în adaptare, *echilibrarea* influențelor mediului *(nervism);* într-un mediu complex și variabil, o echilibrare adecvată nu poate fi făcută decît cu ajutorul activității nervoase superioare *(pavlovism).* Din punct de vedere general-biologic, deosebim mai întîi situații pe care organismul le poate rezolva dacă-și mobilizează resursele (mobilizarea corespunde fenomenelor de excitație). Există însă și situații în care forțele sînt disproporționate și la care organismul încearcă să facă față prin „inhibiția de protecție" (ex. animalul „face pe mortul").

Jocul excitației și inhibiției, mobilitatea acestor procese, forța lor, diferențiază între ei indivizii aceleiași specii, în ce privește comportamentul, dar și apărarea față de noxe. Aceste „tipuri de activitate nervoasă superioară" corespund, pînă la un punct, celor patru temperamente hipocratice. Ele sînt comune omului și animalelor superioare (de ex. cîinelui). Diferențierea umană obligă și la luarea în considerare a două categorii specifice speciei noastre, după predominanța sistemelor de semnalizare: *tipul artistic,* cu predominanța primului sistem de semnalizare (a cărui exagerare psihopatologică o găsim în histerie) și *tipul gînditor,* cu predominanța celui de al doilea sistem de semnalizare (a cărui exagerare psihopatologică o găsim în „psihastenia" descrisă de Pierre Janet).

Scanned with OKEN Scanner

Consecințele doctrinei pavloviste asupra modului de a înțelege sănătatea, boala și vindecarea sînt numeroase.

Sănătatea presupune o bună funcționare a organelor, dar și a centrilor nervoși de comandă și de reglare, însemnătatea nevraxului în reglarea viscerală fiind hotărîtoare. Reglarea se efectuează reflex, în funcție de ceea ce trimite, spre emisferele cerebrale, interocepția; în aceste reflexe se împletește o componentă înnăscută (comună întregii specii) și o componentă dobîndită, reflex-condiționată (particulară individului, expresie a „antecedentelor" sale). Reglarea se poate exercita prin nervi (în care caz este promptă, localizată) sau pe cale umorală (în care caz este difuză, mai lentă, durabilă). Glandele endocrine — de exemplu — sînt considerate a fi *efectori* ai comenzilor nervoase (Leites, 1951).

Boala este produsă de către agenți nocivi care sînt *excitanți*. De exemplu, antigenele (care declanșează producerea de anticorpi specifici) sînt excitanți ai sistemului nervos[90]. Sistemul nervos organizează apărarea împotriva noxelor, iar o parte dintre simptome nu sînt decît „măsuri fiziologice de apărare" (de ex. unele reacții de vomă, tuse, diaree, febră). Unele simptome pot fi interpretate, pe de altă parte, și ca „reflexe condiționate patologice"[91], deci sistemul nervos poate fi, în unele condiții, dăunător. Sînt condițiile în care activitatea sa este dezorganizată. Mai mult, atunci cînd sistemul nervos este dezorganizat sau epuizat, pot apare boli viscerale neurogene care alcătuiesc grupul (frecvent întîlnit) al *bolilor cortico-viscerale*[92]. Dereglarea scoarței cerebrale cu

---

[90] A. Ado, *Antigenele — excitanți ai sistemului nervos*, Ed. de Stat, București, 1952.

[91] A. O. Dolin, *Patologicescoe i zaşcitno-ohranitelnoe v oslovnîh i bezusoslovnîh reacțiiah*, „J. vîşş. nervn. deiateln.", 1951, nr. 6.

[92] K. M. Bîcov și T. Curțin, *Bolile cortico-viscerale*, Ed. de Stat, București, 1952.

inhibiţie ori cu focare de excitaţie de stază, antrenarea „prin inducţie reciprocă“ a centrilor subcorticali duce la tulburări vasomotorii, metabolice, distrofice etc. — care stau la baza ulcerului gastroduodenal, a hipertoniei, a bolii Basedow ş.a.m.d.

Însă tulburarea activităţii nervoase superioare este sinonimă *nevrozei*. Numeroase afecţiuni viscerale sînt considerate ca repercusiuni somatice ale nevrozei, ea însăşi provocată prin „ciocniri“ sau „supraîncordări“ la nivelul scoarţei. Nevrozele pot fi reproduse experimental (sau, mai bine zis, se pot realiza „modele de nevroze, pe animalele de experienţă) şi, în aceste condiţii, apar stări morbide întrucîtva analoage celor de la om.

„Principiul reflex“ domină aşadar patologia. Totodată legile patologiei generale şi speciale pot fi „deduse“ pînă la un punct, din legile activităţii nervoase superioare. Astfel, în unele condiţii se manifestă fenomene de parabioză: reacţiile organismului sînt paradoxale, relaţia cantitativă dintre efect şi cauză se inversează. „Principiul reflex“ domină şi terapeutica. Se impune studierea cît mai atentă a neurotropismului medicamentelor şi în special a influenţării activităţii nervoase superioare de către medicamentele uzuale. Un antibiotic — de pildă — trebuie considerat şi ca un excitant (sau în primul rînd ca un excitant); jugularea infecţiei nu se realizează printr-o antibioză ca cea *in vitro*, ci şi prin mobilizarea forţelor de apărare ale organismului — sau în primul rînd prin acest mecanism. La repetarea administrării unei medicaţii, intervin şi reacţii reflex-condiţionate (de pildă, la diabeticii care sînt injectaţi zilnic cu insulină, o injecţie de soluţie salină izotonică poate avea un efect hipoglicemiant). În cadrul terapeuticii, un rol însemnat revine menajării şi refacerii scoarţei cerebrale epuizate — ceea ce se realizează prin terapia cu somn. Alteori, dimpotrivă, este necesară *excitarea* potrivită a acesteia. Psihote-

Scanned with OKEN Scanner

rapia ca și farmacoterapia pot fi privite dintr-un punct de vedere unitar, de vreme ce ele ar acționa în principal prin intermediul scoarței cerebrale. În cadrul profilaxiei, măsurilor pedagogice de „formare a caracterului" le revine un rol care nu trebuie neglijat, deoarece scoarța cerebrală a omului funcționează ca un tot unitar.

* * *

Pavlovismul reprezintă concepția integrativă din secolul nostru, căreia i s-a adus, în sprijin, cel mai vast material clinic și experimental. Ea a contribuit la elaborarea a nenumărate lucrări privind corelațiile dintre sistemul nervos și organele interne.

Dacă rezultatele nu au fost întotdeauna pe măsura așteptărilor — aceasta se explică în parte prin folosirea insuficientă a modelelor experimentale *dinamice* (cum ar fi cercetarea *modificărilor* reacțiilor adaptative la animale cu sistem nervos *modificat* — mai curînd decît studierea „efectelor trofice" ale creierului, decelate în urma decerebrării sau decorticării etc.[93]).

Pavlovismul are merite indiscutabile, printre care menționăm preferința dată metodelor sintetice și de cercetare „cronică", ca și metodelor ce respectă integritatea organismului (metoda farmacodinamică, a reflexului condiționat, a nevrozării experimentale). Accentul pus pe rolul sistemului nervos corespunde principiului de organizare al vertebratelor și principiului evoluționist al telencefalizării (la animalele care sînt superioare din punct de vedere filogenetic, tot mai multe funcții nervoase sînt preluate de neocortex). Subliniind valoarea celor două sisteme de semnalizare, I. P. Pavlov atrage atenția și asupra principiilor funcționale *specific umane* ale scoarței

[93] Efectele trofice ale emisferelor cerebrale au fost studiate sistematic mai întîi de către Baiandurov.

cerebrale și marchează astfel o direcție „antropologică" în fiziopatologie. Este de observat, totuși, că telencefalizarea este o direcție evolutivă, o „tendință" — și nu un fapt încheiat; controlul cortical al organelor depinde nu numai de poziția filogenetică, ci și de poziția ontogenetică a individului; în sfîrșit, ea este „labilă" (depinde și de condiții de mediu, de starea de boală, de involuția de vîrstă etc.). Acest fapt nu a fost luat în seamă de unii exponenți ai pavlovismului. Un alt merit al doctrinei este aprecierea rolului „terenului", deși această apreciere se face unilateral, numai sub aspectul tipului de sistem nervos.

Pavlovismul s-a impus ca o concepție integrativă în luptă cu concepția analitică și localicistă a „patologiei celulare" a lui Virchow. Totuși, și pavlovismul conține elemente analitice, „sumative", chiar mecaniciste: reflexologia pornește de la reflexe (așa cum psihologia secolelor al XVIII-lea și al XIX-lea pornea de la asociație) ca de la niște „atomi" elementari funcționali. Reacția împotriva acestei concepții despre organism a fost exprimată cel mai sistematic de către K. Goldstein.

Ca viziune integrativă despre organism, pavlovismul a ajuns să considere că nu există boli locale, ci numai boli generale. În felul acesta s-au făcut deseori confuzii între *participarea* sistemului nervos central în reacțiile din stările morbide (participare care de multe ori are ca efect tocmai *localizarea* procesului morbid) și îmbolnăvirea „obligatorie" a întregului organism, în orice proces aparent local. Corespunzător, teoria cortico-viscerală a ajuns — la unii dintre exponenții săi — să afirme că scoarța este *obligatoriu interesată* în orice proces fiziologic periferic și că îmbolnăvirea ei precede orice proces morbid periferic. Cercetările întreprinse în ultimii ani au arătat că bolile cortico-viscerale nu reprezintă, efectiv, o majoritate; că în multe cazuri de ulcere

Scanned with OKEN Scanner

digestive, hipertensiuni, boli Basedow etc., anamneza nu poate descoperi debutul nevrotic al bolii postulat de către teorie; că urmărirea evoluției nevrozelor bine caracterizate clinic — depistează numai rareori „visceralizarea" lor. Însăși încercarea de a da conceptului de „nevroză" un conținut pur obiectiv, de dereglare a activității nervoase superioare, nu a avut succes; marea majoritate a autorilor pun astăzi accentul pe „psihogeneza" stării nevrotice.

Nu a fost reușită nici identificarea schematică a psihicului cu corticalitatea (există funcții corticale care nu par să implice activitatea conștientă!), a activității reflex-condiționate cu activitatea corticală (se știe azi că legături temporare — mai grosolane, se pot stabili și în zonele subcorticale și că există o participare subcorticală în formarea unui reflex condiționat). Deși ambiția fiziologiei de a descifra mecanismele vieții psihice este o pretenție meritorie, *reducerea* vieții psihice la neurofiziologie este o pretenție discutabilă; „fiziologismul" sărăcește psihologia. Antipatia lui I. P. Pavlov pentru zoopsihologia antropomorfă s-a transformat, la urmașii săi, în tendința de a substitui psihologia printr-o neurofiziologie zoomorfă (omul este interpretat pe baza datelor obținute pe cîini . . .).

Pe linie terapeutică, s-a putut constata că somnoterapia nu este un panaceu și că medicația neurotropă nu este, întotdeauna, cea mai importantă. Pe linie biotipologică, de asemeni, încercarea de a rezolva toate problemele antropologiei, medicinii și psihologiei cu ajutorul tipologiei activității nervoase superioare, nu a reușit.

16. *CONCEPȚIA LUI A. D. SPERANSKI*

A. D. Speranski este un experimentator, iar nevoia de a explica unele date experimentale proprii îl obligă să-și revizuiască ideile despre mecanismele cone-

Scanned with OKEN Scanner

xiunii nervoase; viziunea despre organism la care aderă implică însă modificarea concepţiilor despre etiologie şi patogenie, ca şi despre raporturile fiziologiei cu medicina[94].

Constatarea de bază este „omologia“ (asemănarea, pînă la identitate) a reacţiilor organismelor, la diferiţi agenţi nocivi. Astfel, stări convulsive complexe, destul de stereotipe, pot fi provocate prin traume variate: congelarea scoarţei, iritaţia trunchiurilor nervoase periferice, injectarea intravenoasă a substanţelor toxice, infecţia rabică. Caracteristica acestor stări este disproporţia dintre intensitatea şi durata traumei, pe de o parte — şi intensitatea şi durata accesului convulsiv, pe de altă parte. Lucrurile se petrec ca şi cum: 1. iritaţia *întîmplătoare* s-ar transforma într-un proces durabil care, apoi, utilizîndu-şi propriile forţe, se continuă ritmic pînă la epuizare; 2. orice iritaţie experimentală ar antrena în proces şi alte elemente ale corpului, sau cel puţin ale sistemului nervos central, transformate astfel în noi focare de iritaţie „fiziologică“; 3. iritaţia experimentală nu ar fi cauza eficientă a fenomenelor, ci numai cauza declanşatoare, care pune în mişcare dispozitivele nervoase ale mişcării automate complexe. „Sistemul nervos este un organ care nu poate fi modificat numai local“ iar *structura* accesului este condiţionată de starea de excitabilitate a părţilor sale, indiferent de punctul în care acţionează cauza declanşatoare (iritaţia *genetică*). Cu alte cuvinte, „evoluţia (unui proces) nu depinde atît de iritaţie, cît de proprietăţile obiectului iritat“. Ca atare, o cale eficace pentru a modifica această desfăşurare este modificarea excitabilităţii sau reactivităţii sistemului nervos central — cum se realizează, de exemplu, graţie „pompajului“ lichidului cefalo-rahidian şi a

[94] A. D. Speranski, *Baze experimentale pentru teoria medicinii*, Ed. de Stat, Bucureşti, 1948.

altor intervenții neurotrope (blocajul novocainic, după Vișnevski, al trunchiurilor nervoase periferice). Ideea de bază poate fi formulată și astfel: 1. sistemul nervos nu este numai antrenat în boală, ci *organizează* el însuși manifestările sale externe; 2. agentul patogen specific doar începe (inițiază) procesul, iar desfășurarea lui ulterioară este supusă altor condiții pe care tratamentul etiotrop specific (de exemplu, antiserul) nu le poate înlătura.

Aceleași concluzii se pot trage și din studierea tulburărilor trofice consecutive unor iritații localizate ale sistemului nervos periferic. Asemenea tulburări apar și la iritația capătului central al nervilor secționați; ele se datoresc acestei iritații — și nu suprimării influxului trofic, sau unui reflex trofic. Faptul că ulcerațiile trofice apar simetric dacă iritația „periferică" este asociată cu puncții rahidiene repetate, sugerează intervenția factorului neuro-central. După vindecare, ele pot fi reactivate printr-o noxă intercurentă (neurotropă). Dacă iritația este puternică, suprimarea focarului nu este capabilă să oprească evoluția distrofiei. Leziunilor periferice le corespund, în trunchiurile nervoase, ganglioni și nevrax — alterări morfologice degenerative și de activare („alarmă"). Așadar — susține A. D. Speranski — procesul este central, progresează camuflat și proiectează la periferie (mai mult sau mai puțin periodic) argumentele desfășurării sale. Distrofia este stereotipă; distrofiile generalizate, grave, nu sînt specifice: aceleași alterări alveolo-dentare, cu exulcerarea mucoasei bucale, sîngerarea gingiilor, papiloame linguale și keratită, diaree sanguinolentă, paralizii, hemoragii respiratorii și digestive, pînă la moarte, se produc la traumatizarea mecanică și chimică a nervului sciatic sau trigemen, la trepanarea unui dinte și plombarea sa aseptică cu formol sau oleu de croton, la traumatizarea regiunii tuberiene a diencefalului („operația mărgelii"), la intoxicația

cu săruri de metale grele etc. Forma procesului rămîne tipică, „oarecum predeterminată — și variază doar intensitatea“ ei. Aspectul acesta cantitativ al reacției este în funcție de individualitatea animalului de experiență. Este o consecință a caracterului complex al reacției — deoarece numai în stadiul reacțiilor elementare (cum ar fi contracția unui mușchi izolat) putem „conta“ pe obținerea unui rezultat uniform și previzibil. Mai mult: adeseori excitația (sau iritația) declanșează un răspuns dinainte pregătit: este cazul „dominantei“ lui Uhtomski, al reflexelor condiționate, al unor recidive („a doua lovitură“, Vișnevski și Golișeva). Așadar contează enorm *istoria* organismelor studiate (mai exact, istoricul „rețelei nervoase“),

Toate aceste considerații duc la o critică radicală a concepțiilor tradiționale despre geneza proceselor patologice locale, despre clasificarea bolilor pe organe și sisteme, despre specificitatea etiologică a bolilor etc. Putem spune că „nu există boli, ci bolnavi“, pentru că există sisteme nervoase capabile de „memorie“ (capabile de a reține engrame). „Terenul reactiv“ ține de natura corelațiilor nervoase, iar aceste relații sînt în continuă schimbare.

Excitația nervoasă joacă un rol atît în apariția cît și în stingerea reacțiilor inflamatorii și imunitare. Cînd însă iritația este mare, cînd intensitatea reacției este excesivă, sistemul nervos agravează sau întreține un proces morbid. Inflamația cronică „trădează“ denaturarea unor influențe nervoase locale. În determinarea stării de receptivitate și de reactivitate, intervin reflexe sau repercusiuni pe cale nervoasă de la alte organe: de exemplu, iritația stomacului sensibilizează plămînul la o infecție experimentală. Invers, infecția experimentală produce și o iritație a terminațiilor nervoase „stimul“ pentru apariția distrofiilor. „Eficacitatea microbului e mult mai mică decît s-a obișnuit să se creadă; în

Scanned with OKEN Scanner

schimb . . . reacţia tisulară este în măsură să dăuneze ţesuturilor şi organelor, mai mult decît microbul însuşi". Autorul este înclinat să admită că, în multe situaţii, microbul nu este agentul provocator al procesului, ci catalizatorul deosebit de potrivit pentru a da „a doua lovitură", sau un *indicator* care caracterizează procesul sub aspectul general sau local al reacţiei. Dar microbul *cauzal* poate deveni şi *indicatorul* procesului declanşat de el. Uneori, microbul este numai „locuitorul proceselor distrofice iniţiate de alte cauze".

Nu numai noţiunea clasică de specificitate este supusă unei critici strînse, ci şi noţiunea de cauză patogenă; cauza nu este ceva definitiv, ci se modifică în decursul timpului, odată cu consecinţele (adică evoluţia bolii). „Elementele suferinde ale organismului se transformă ele însile într-un agent străin pentru el" iar sistemul nervos poate singur să creeze „factorii nocivi" care provoacă, de pildă, inflamaţia.

Reacţia specifică, care nu poate fi totuşi negată, este — de fapt — o formă *tipică* a reacţiei nervoase, o „reacţie de grup" care corespunde la un număr foarte redus de acţiuni externe. O manifestare banală a însumării de iritaţii banale, ducînd la o distrofie generalizată, ar fi chiar îmbătrînirea.

Fiziologia nu poate explica aceste fapte, *cu conceptele de care dispune azi* (reflex, luptă între micro- şi macroorganism, reacţie antigen-anticorp). *Conceptul de iritaţie* nu aparţine fiziologiei. Boala pare a fi o „calitate independentă, un aspect particular al proceselor biologice, şi nu o modificare sau o pervertire a raporturilor care definesc normalul".

Organismul bolnav este „nou" în raport cu cel sănătos. Cuvîntul *fiziopatologie* — spune A. D. Speranski — cuprinde o „contradicţie în termeni".

Contrazicînd axiomele medicinii ştiinţifice, A. D. Speranski nu consideră că fiziologia ar fi temeiul indiscutabil al practicii medicale. Medicina este un

Scanned with OKEN Scanner

sistem mult mai vechi decît fiziologia, la care „a aderat doar din mers". Poziţia aceasta nu este, însă, o poziţie agnostică şi demobilizatoare. Dimpotrivă, spre deosebire de fiziopatologi, care pretind că — pentru a interveni fundamentat în mersul procesului morbid, este necesar să cunoaştem exact toate detaliile acestuia, A. D. Speranski atrage atenţia că este suficient „să surprindem condiţia de bază". Aceasta este formularea ştiinţifică a terapeuticii *terenului nervos*, care subordonează nenumărate practici empirice.

Orice afectare terapeutică a unui sector al reţelei nervoase, obligă elementele din rest să stabilească noi corelaţii reciproce; concepţia lui A. D. Speranski se opune net teoriei lui R. Virchow, a cărei idee centrală este aceea a reacţiilor celulare independente. Teoria celulară a dus la dispersarea concepţiilor patogenice. Unificarea gîndirii medicale nu poate fi dată decît de o teorie *biologică*, care pune accentul pe sistemul nervos. Teoria proprie — spune autorul — are avantajul de a desemna patologia *ca pe o disciplină independentă*.

* * *

Lui A. D. Speranski i s-a reproşat faptul că „rupe" medicina de fiziologie. Conferind sistemului nervos un rol în organizarea *leziunilor* din boală — mai curînd decît organizării *apărării* faţă de boală, A. D. Speranski a văzut unilateral semnificaţia *biologică* a reglării nervoase.

A fost criticată aderarea autorului la concepţia *reţelei* nervoase, diferită de concepţia *reflexologică* care domină neurofiziologia contemporană. În schimb, aprofundarea *sindromului de iritaţie* reprezintă o direcţie de cercetare confluentă cu cea a fiziopatologiei franceze contemporane (R. Leriche, Reilly, Tardieu) — şi aduce o contribuţie de mare importanţă.

Scanned with OKEN Scanner

A. D. Speranski a subestimat și rolul modului de abordare biochimic în înțelegerea procesului de boală, afirmînd că, „chimiei contemporane i-ar fi accesibile numai lucrurile mărunte".

Critica viziunii specificiste este însă, contrar aparențelor, o critică constructivă; ea opune idei efectelor specifice pentru o cauză externă, ideea efectelor specifice pentru un organism dat, într-un anumit moment al „istoriei" sale. În acest fel el distinge net ceea ce am numit *alospecificitate* și *idiospecificitate* și sesizează unul dintre momentele esențiale ale problematicii terenului.

17. *CONCEPȚIA LUI G. ȘI C. TARDIEU*

Poziția argumentată de A. D. Speranski a fost expusă pregnant, pornind de la lucrările lui Reilly (1935—1936), de către G. și C. Tardieu, independent de cercetătorul sovietic și cu doisprezece ani mai tîrziu[95].

Autorii caută să demonstreze că nu există aparate nervoase necesare vieții, în afara arcului reflex respirator. Insuficiența nervoasă creează nonadaptare, nu împiedică viața. „Marile tulburări vegetative provocate de boală și care ajung la moarte, nu se pot explica prin suprimarea sistemului nervos vegetativ". Intenția autorilor este de a convinge că experimentarea fiziologică este *altceva* decît funcționarea normală a organelor și decît patologia. „Multe probleme au fost falsificate prin trecerea insuficient gîndită de la o valoare la alta". Astfel, experimentele de secțiune (cu paralizie) sau excitație ale fiziologiilor duc la fenomene *funcționale* reversibile, în timp ce *iritația* duce la *leziuni* ireversibile, adesea incompatibile cu viața. Orice

[95] G. Tardieu și C. Tardieu, *Le système végétatif*, Ed. Masson, Paris, 1948, p. 232.

sindrom de iritație poate fi realizat printr-o iritație vegetativă în *orice punct*, căci patologia corespunzătoare este o patologie de reflexe difuzate. *Gravă* este iritația mezodiencefalică; este iritația care include și singura manifestare cu semnificație precisă: tulburare de conștiință. Patologia este suprimare, excitație sau *iritație* a arcurilor reflexe vegetative.

Printre sindroamele de iritație generalizată, G. și C. Tardieu enumără boala posttraumatică, sindromul malign al bolilor infecțioase, sindromul neurotoxic al sugarului.

Printre cele date de reflexele de iritație cu răsunet localizat, se menționează nu numai formele abdominale ale febrei tifoide, nefritele, infarctul intestinal, pancreatita acută hemoragică, ci și unele boli mentale.

Se accentuează asupra faptului că domeniul fiziopatologiei, al „logicii clare", ar trebui separat de cel al patogeniei — din motive de „igienă mintală": ultimul este domeniul *reacțiilor individuale. Intoxicația* este un proces „obligatoriu"; idiosincrazia, hipersensibilitatea vădesc însă o *intoleranță* particulară (Tzanck). Autorii accentuează, mai ales, asupra nespecificității reacțiilor; chiar dacă etiologia infecțioasă, traumatică sau toxică poate varia „nu există decît un număr redus de mecanisme de răspuns, care fatalmente vor produce aceleași tulburări. Un număr atît de restrîns — încît suscită plictiseala; un răspuns atît de trist, orb . . ."

18. *MEDICINA TERENULUI*

Dacă importanța „terenului" este capitală în patologie, foarte puține au fost tentativele de a examina sistematic conținutul acestei noțiuni și de a grupa datele în vederea constituirii unei *teorii generale a terenului*. Înțelesul larg al noțiunii este legat (după cum vom vedea) de acțiunea elementelor de mediu asupra unei structuri vii. O „știință generală a tere-

Scanned with OKEN Scanner

nului“ a fost preconizată de C. I. Parhon, în 1948; autorul a propus — pentru a o desemna — termenul de *edafologie*[96]. După C. I. Parhon, edafologia trebuie să urmărească:

1. Modul cum reacţionează organismul întreg, sau o parte a lui, la o influenţă exterioară (eventual la o noxă). Se va putea vorbi deci şi de o topo-edafologie, de o histo-edafologie şi de o cito-edafologie.

2. „Raţiunea acestui mod de comportare, de la un caz la celălalt“: felul în care componenţa ereditară, endocrină, neurologică etc., ca şi antecedentele elementului viu, sau şi condiţiile exterioare, pot explica acest efect (particularităţile reacţiei). Probleme ale edafologiei sînt, de exemplu, studiul toleranţei faţă de alimente, toxice, săruri, ioni; studiul receptivităţii la noxe şi al capacităţii de regenerare; studiul evoluţiei şi pronosticului unor afecţiuni.

Cîndva am încercat (1949) să conturez o „medicină a terenului“, ca o medicină a specificului individual[97]. Direcţia aceasta de gîndire se leagă istoriceşte mai mult de intuiţiile vechi păstrate prin tradiţie (de ex. hipocratism) decît de fundamentarea ştiinţifică a medicinii ultimului secol. Împotriva dictonului aristotelian şi tomist — *scientia de universalibus*, se poate afirma că, astăzi, medicina este în măsură să definească ştiinţific individualul şi să-l explice. Împotriva înţelegerii înguste a relaţiilor cauzale, medicina terenului este obligată să dezvolte o formă adecvată de condiţionalism. „Terenul“ este chemat, nu numai să explice de ce aceeaşi cauză poate da efecte diferite, de la un individ la altul, ci şi de ce cauze diferite pot da acelaşi efect. Ca atare

---

[96] C. I. Parhon, *Edafologia sau studiul terenului*, „Medicina Română“, 1948, vol. 3, p. 119.

[97] V. Săhleanu, *Consideraţiuni asupra „medicinii terenului“*, teza nr. 6691, Fac. de Medicină Umană Bucureşti, 1949, pp. VIII + 238.

Scanned with OKEN Scanner

o bună parte din străduințele autorului se îndreptau spre o critică înnoitoare a ideii de *legătură specifică* între cauză și efect. Medicina terenului „absoarbe" în ea rezultatele medicinii constituționaliste și biotipologice, ale medicinii nerviste și psihosomatice. „Importanța acestor vederi este variabilă... De la specialitate la specialitate, dar și de la caz la caz, trebuie să definim ceea ce ne poate interesa din individ: cînd specificul (concretul), cînd fondul comun cu al altora (abstractul simbolic). Dar în toate specialitățile ne interesează caracterul unitar al ființei, posibilitățile reacționale și regulative ale sale, gradul său de iritabilitate și de susceptibilitate, ca și norma sa individuală".

Medicina terenului vrea să fie o medicină *dialectică*. În această perspectivă, este important să înțelegem *semnificația* bolilor; astfel, putem deosebi boli care nu afectează doar organe izolate, ci chiar *principiile* biologice de funcționare și alcătuire ale organismului („legislația" sa): sindroame de coordonare, de iritație, de adaptare, de evoluție, de receptivitate, de sinergism, de dezintegrare, hipotrofice etc.

O comparație între medicina „clasică" și „medicina terenului" scoate în evidență spiritul acesteia din urmă, net *integrativă:*

MEDICINA CLASICĂ	*MEDICINA TERENULUI*
Medicina suferinței	Medicina temperamentului
Atenție dată bolii (generalului)	Atenție dată bolnavului (particularului)
Spirit analitic în medicină	Spirit sintetic
Primatul clasificării, al frecvenței și al corelației	Primatul semnificației
Diagnostic și terapeutică	Medicina sănătății

Scanned with OKEN Scanner

Specificitatea relației	Nespecificitate (sau specificitate pentru teren); reacții de grup
Proporționalitate cauză-efect	Reacții „de alarmă“
Boală „străină“ de organism	Boala, însuși organismul
Boala = leziune cu repercusiune generală	Leziunea = indicator al stării terenului (al stării generale)
Boala: cauză unică, precisă	Boala: constelație de împrejurări (condiționalism)
Boală prin perturbare exogenă	Sindroame prin efort, reacție, deficit sau exces de organizare
Limite între boală și sănătate	Boală în prelungirea temperamentului
Terenul: receptivitate și rezistență (patogenie, prognoză)	Terenul: sensibilitate, spontaneitate, eficacitate (etiologie, patoplastie)
„Teren“ în înțeles nosologic	„Teren“ în înțeles biologic
Tratament etiotrop	Tratament al terenului
Organismul: exemplar al speciei	Organismul: unic prin ereditate și experiență
Ideea de normă statistică	Ideea de biotip
Regularitate	Variabilitate
Organismul: conglomerat de organe	Organismul: unitate, structură, interacțiune, interdependență
Organismul: omogen, izotrop	Organismul: neomogen, contradictoriu
Organismul: opus mediului și izolat față de acesta	Organismul: în corelație contradictorie cu mediul
Medicina somatopsihică	Medicina psihosomatică
Schematism abstract, eventual rigid	Dialectica concretului

Scanned with OKEN Scanner

„Corolarul logic" al medicinii terenului este o „medicină a omului sănătos" care nu va ţinti numai la ameliorarea constituţiei ameninţate de boală, ci şi la corijarea deficienţelor, în raport cu necesităţile profesionale, sociale sau chiar în raport cu un ideal. „Terenul" nu ne interesează aşadar numai ca receptivitate morbidă, ci şi ca echilibru, coordonare, armonie, putere de adaptare, randament, *„estetică şi perfecţiune"*.

19. *CONCEPŢIA LUI C. ŞI O. VOGT*

Studii morfopatologice de o viaţă întreagă, efectuate pe creierul uman, i-au adus pe soţii C. şi O. Vogt la concluzia că acest organ este alcătuit din „unităţi topistice" care se deosebesc între ele prin mielo- cito- şi angio-arhitectonică, prin activitate electrică şi, probabil, prin compoziţie chimică. Fiecare dintre acestea se mai caracterizează printr-o reacţie particulară la influenţe metabolice şi farmacodinamice şi printr-o reactivitate degenerativă şi formativă specifică faţă de agenţii toxici şi infecţioşi. Aşadar — de anumite particularităţi anatomice se leagă „exteriorizări" vitale specifice şi susceptibilităţi (fragilităţi) bine definite, pe care autorii le denumesc ***patoclize***[98]. C. şi O. Vogt se întreabă dacă reacţiile patologice nu pot fi utilizate pentru a delimita unităţile topistice şi, mai departe, dacă principiul unităţilor topistice şi al patoclizei nu este aplicabil tuturor organelor.

Examenul amănunţit arată însă că nu totdeauna, unitatea topistică se îmbolnăveşte în totalitate; nu toate bolile sînt *holotopistice*. Uneori, numai o parte a lor se modifică: în afară de eventualitatea cazurilor în care îmbolnăvirea n-a

---

[98] C. şi O. Vogt, *Sitz und Wesen der Krankheiten im Lichte der topistischen Hirnforschung und des Variierens der Tiere*, Ed. V. Barth, Leipzig, 1937—1938.

Scanned with OKEN Scanner

cuprins *încă* întreaga zonă, trebuie să admitem că există boli *merotopistice* și boli care afectează numai focare limitate în zona respectivă *(boli topistofile)*. Patocliza a fost pusă în legătură, de Schaffer, cu „vîrsta" filogenetică și ontogenetică a formațiunii; de Edinger, cu „uzura" ei; de Spielmayer, cu vascularizația; de Bielschowsky, cu protecția glială față de presiunea lichidiană etc. Soții Vogt argumentează însă pertinent că factorul principal este *structura*. „O structură *specifică* reacționează față de cauze *determinate* prin procese morbide *bine determinate*". Pentru creier, cito-, mielo- și angio-arhitectonicei trebuie să-i adăugăm o *pato-arhitectonică*.

O a doua idee fundamentală a soților C. și O. Vogt este înrudirea dintre bolile topistice patocline și „variațiile" prezentate de animale. La baza variațiilor stă un proces formativ deviat. Cercetări efectuate mai ales pe nevertebrate au dus la concluzia că zonele topografice (ex. aripile fluturilor) pot fi descompuse în teritorii care posedă capacitatea de a varia independent. Aceste „unități" se întîlnesc la diferite specii apropiate iar prin combinarea variantelor se ajunge la aspecte morfologice caracteristice pentru anumite specii și linii. Ele sînt inegal de receptive la influențe experimentale. Imaginea adecvată despre corpul viu ar fi o integrare de „unități de variație" de diferite ordine și complexități. Bineînțeles că limitele acestor teritorii pot coincide cu limitele unui organ, dar de obicei ele corespund cu segmente și sectoare din organ: sînt unități topistice, caracterizabile anatomic, fiziologic și patoclin.

Organismul nu este însă un mozaic, o juxtapunere. Dezvoltarea ontogenetică este armonică și armonică este și funcționarea sa. Pentru a explica acest caracter de ansamblu, trebuie să admitem existența unei coordonări a activității țesuturilor activante (de la care pornesc impulsurile formative sau funcționale) *de către țesuturile care reacționează*. Putem vorbi de factori reactivanți *(reagierend)* cu misiunea de a regla acțiunea factorilor activanți *(agierend)*. Corelațiile umorale hormonale pot fi privite ca un model al unor asemenea influențe. Pe această linie, C. și O. Vogt presupun

Scanned with OKEN Scanner

că ansamblul genelor cromozomiale (genomul) este influențat de către factorii ereditari plasmatici (somatom), că germenul ar putea fi influențat de către somă, în sfîrșit, că s-ar putea concepe un mecanism și pentru ereditatea caracterelor dobîndite.

Realizarea normală a unei însușiri înseamnă un drum precis cu etape caracteristice: *eunomie*. Tulburarea acestui drum trebuie deosebită de variațiile ereditare care-l afectează. Variația este *morbidă* atunci cînd duce la o tulburare funcțională; este *patologică* atunci cînd tulburarea nu poate fi compensată de către organism. Se rezervă numele de *cliză (eucliză, fizioclizăsau biocliză, patocliză)* pentru variabilitatea caracteristică condiționată de structura acelei părți a corpului.

Analiza lui C. și O. Vogt privitoare la variabilitate, depășește problema clizei și se referă și la alte note, modalități, însușiri de interes pentru patologie. Astfel (împreună cu Timofeev-Ressovsky), autorii deosebesc — în cazul apariției unui nou caracter într-o populație: 1. penetranța (dată de frecvența de apariție); 2. expresivitatea (gradul de manifestare a anomaliei, cum ar fi intensitatea, extensiunea, momentul apariției); 3. specificitatea (calitatea modificărilor), fiecare avînd sensibilitatea proprie la influențele de mediu. Autorii cercetează nu numai *latura structurală* (structura internă, mărime, formă) a variațiilor ci și *latura temporală* (tempo de dezvoltare, sincronism și asincronism, tipuri de dezvoltare — cu inhibiții și malformații etc.). În sfîrșit, se ia în considerare solidaritatea în variație a unor unități topistice vecine sau depărtate între ele.

Lucrările soților C. și O. Vogt sînt importante pentru patologia generală; în primul rînd, ele aduc o contribuție la studiul relațiilor între *părți și întreg*. Ele ne atrag atenția asupra eterogenității structurale ca bază a unei reactivități și susceptibilități neomogene. Ele adîncesc, totodată, problema relațiilor dintre ereditate și mediu în geneza

Scanned with OKEN Scanner

însușirilor (structuri etc.) și a leziunilor. Prin analogia dintre bolile topistice și variațiunile individuale, ele încearcă o încadrare *biologică* a fenomenului *patologic*.

20. *MEDICINA CIBERNETICĂ*

Pentru scopul care ne interesează în această lucrare, ni se pare potrivit să caracterizăm în felul următor, evoluția ciberneticii medicale: de la unele *aplicații* ale ciberneticii în biologie și în medicină, la o *medicină cibernetică*, cu doctrinele și cu organele sale științifice și publicistice internaționale[99].

În momentul de față, cibernetica poate fi considerată ca un punct de vedere, ca o știință teoretică de sinteză și ca o ramură a tehnicii contemporane[100].

Ca *punct de vedere*, cibernetica abordează într-un chip nou sistemele dinamice complexe, indiferent de natura lor (naturale, sociale, tehnice). Pentru cibernetică, substanța sau energia au o valoare particulară, în măsura în care ele alcătuiesc semnale sau elemente de comandă, în măsura în care ele sînt „purtătoare de informație". Într-un organism viu, schimbul de substanțe alimentare nu interesează cibernetica decît în mod mijlocit; în mod nemijlocit, cibernetica se interesează însă de vitamine, enzime, antigene, anticorpi.

Asemenea substanțe „ergonale" se caracterizează printr-o înaltă specificitate și prin capacitatea de a

---

[99] Vezi *Atti della società Internazionale di Medicina Cibernetica*, Napoli (editate de A. Mastourzo, începînd din 1960).

[100] V. Săhleanu, *Cibernetica și chirurgia*, „Chirurgia", 1965, vol. 14, nr. 11, p. 957; vezi și V. Săhleanu, *Cibernetica, instrument metodologic în medicină*, în volumul colectiv: *Dialectica metodelor în cercetarea științifică*, Vol. II, Ed. științifică, București, 1966, p. 168—173.

Scanned with OKEN Scanner

funcţiona ca mesageri, controlînd activitatea biologică a celulelor. În lumea vie, lumina acţionează ca sursă energetică pentru plantele verzi, în care are loc asimilaţia clorofiliană; dar, pentru animalele dotate cu ochi, lumina — aducînd informaţii cu privire la mediu — acţionează în calitate de semnal. Cuvintele sînt semnale; vorbirea nu foloseşte energia sonoră pentru a produce lucru mecanic, ci pentru a transmite informaţii. Pentru legătura de tip informaţional este caracteristică o anumită disproporţie cantitativă între „cauză" şi „efect": cauze care (apreciate substanţial şi energetic) par „mici", dau efecte „mari", datorită proceselor de amplificare, de multiplicare sau de releu (ca în aparatul de radio), ca şi graţie acţiunii la nivelul unor zone „strategice" (de exemplu, la nivelul membranelor celulare şi intracelulare, la nivelul enzimelor şi al acizilor nucleici)[101]. „Informaţia" este altceva decît substanţă şi energie, deşi nu poate fi concepută în afară de acestea. „Triada" *substanţă, energie, informaţie,* poate fi privită ca o *triadă metodologică,* fundament al fiziologiei (orice proces fiziologic se cere examinat separat din aceste trei puncte de vedere)[102] iar „tetrada" *formă (structură), substanţă, energie, informaţie,* este un fundament necesar al biologiei teoretice.

Raporturile de tip informaţional mai implică: structurarea specifică a substanţei sistemelor care interacţionează, ca şi a energiei (reamintim că undele radio sînt modulate în frecvenţă sau în amplitudine) şi caracterul *adecvat* al energiei puse în joc, în raport cu sistemul dinamic influenţat (aparatul

---

[101] A se vedea: V. Săhleanu, *La cybernétique comme point de vue,* în volumul *Actes du 2 Congrès International de Cybernétique,* Namur, 1958; V. Săhleanu, *Legătura informaţională în cadrul sistemelor materiale,* „Rev. Filozofie", 1964, vol. 11, p. 115.

[102] A se vedea, mai ales, V. Săhleanu, *Himiia, fizika i matematika jizni,* Naucin. Izd., Bucureşti, 1970.

Scanned with OKEN Scanner

de radio nu „recepționează" lumina sau căldura; el este *acordat* pe o anumită lungime de undă, pe lungimea de undă a emițătorului).

2. Ca *știință teoretică*, cibernetica își propune să analizeze principiile generale ale reglării. Ea face eforturi să elaboreze o teorie abstractă (și cît mai completă) a sistemelor în care are loc transmiterea și prelucrarea informației. În particular, ea dă atenție sistemelor capabile de autoreglare (sisteme automate). Cibernetica are astfel relații strînse și cu „teoria sistemelor" a lui L. v. Bertalanffy (ar putea fi considerată ca un *capitol* al acesteia). Cibernetica a scos în evidență însemnătatea principiului reacției inverse (*feed-back* — negativ sau pozitiv) pentru controlul eficienței unei acțiuni, pentru asigurarea corectării unei acțiuni în scopul atingerii unui obiectiv fixat[103]. În particular, cibernetica a precizat principiile de funcționare a sistemelor homeostatice, în care se asigură constanța unor parametri, cu toate că intervin perturbări din afara sistemului (perturbări care pot fi întîmplătoare sau neîntîmplătoare). Modul în care cibernetica abordează procesele fiziologice se inspiră din teoria sistemelor tehnice; fiziologia profită de pe urma unei abordări mai riguroase, cantitative și care ține seama de particularități funcționale ce nu au fost net sesizate de către gîndirea fiziologică tradițională. În locul noțiunii clasice de reflex, care lua în considerare *arcul*, neurofiziologia cibernetică se

---

[103] Între *A* și *B* există o „reacție inversă" dacă *A* comandă pe *B*, dar *B* influențează *recurent* centrul său *(A)* de comandă. Cînd *A* stimulează pe *B* iar *B* stimulează pe *A*, reacția este „pozitivă" (principiu de autoexcitare). Cînd *A* stimulează pe *B* iar *B* inhibă (frînează) pe *A*, reacția este „negativă" (principiu de echilibrare, de homeostazie). — A se vedea, în vol. *Cibernetica și mediul* (Deva, 1975) studiile lui Șt. Milcu, C. Bălăceanu-Stolnici etc.; ca și Șt. Milcu, *Cybernetic patterns in endocrinology*, în vol. *Biokybernetik*, vol. I, Karl-Marx-Universität, Leipzig, 1968, p. 133—140.

Scanned with OKEN Scanner

preocupă de *circuit:* centrul efector este informat prin interoceptori de modul în care decurge acțiunea comandată (R. Wagner, 1924; Anohin, în 1934, vorbea despre „aferentație inversă").

Cibernetica împarte sistemele dinamice complexe în sisteme *liniare* și în sisteme *neliniare;* în ultimele (curent întîlnite în lumea vie) există un prag al excitației și un plafon al reacției, nu există proporționalitate între cauză și efect, compunerea efectelor cauzelor parțiale (ale factorilor care concură la producerea unui fenomen) într-un efect rezultant nu se face prin simplă însumare etc. Cibernetica împarte dispozitivele de reglare luînd în considerare *mărimea* care reprezintă „excitantul" dispozitivelor reglatorii: în unele contează *valoarea* abaterii de la normal (sisteme proporționale); în altele contează *viteza* cu care se produce devierea de la normal (sisteme diferențiale, numite astfel deoarece „cîtul diferențialelor" sau derivata unei funcțiuni matematice, este mărimea care corespunde vitezei de schimbare); altele reacționează la acumularea în timp a unor abateri (sisteme integrale). Recunoașterea caracterului liniar sau neliniar, proporțional sau neproporțional etc. are repercusiuni asupra alegerii metodelor de explorare; metoda preferențială este, oricum, cea a *dezechilibrării:* sistemul poate fi judecat după modul său de comportare în urma unei perturbații (adică trebuie studiat în „regim tranzitoriu"). Acestei metode îi corespunde, în clinică, o probă de încărcare (de exemplu, proba hiperglicemiei provocate), sau o probă de solicitare (de exemplu, proba la insulină). Cibernetica ne arată *în ce cazuri* revenirea la normal a unui parametru, în urma unei perturbări, se poate face aperiodic sau prin oscilații periodice (amortizate); în ce cazuri găsim oscilații periodice *întreținute* ale unui parametru fizic (temperatura „normală" oscilează periodic, are un ritm

Scanned with OKEN Scanner

circadian[104]) sau chimic (nivelul hormonilor din sînge suferă oscilaţii circadiene iar — la femeie — şi oscilaţii lunare). Asemenea manifestări, normale sau patologice, reflectă organizarea internă a sistemului automat şi depind de intensitatea şi promptitudinea intervenţiei mecanismelor compensatoare. Şt. Milcu a descris, sub numele de *endocrinon,* modelul circuitului elementar în reglarea endocrină.

Insistăm asupra faptului că cibernetica are relaţii strînse cu *bioritmologia,* evidenţiind — mai cu seamă, endogeneza anumitor ritmicităţi (sistemele cu *feed-back,* sisteme cu „contradicţii interne", sau „mecanisme dialectice", cum le-a numit J. Guillaumaud).

Printre metodele de studiu ale proceselor homeostatice, cibernetica foloseşte *modelele matematice* şi *modelele fizice* (inclusiv, sau mai ales, cele electronice): ultimele reprezintă „simulări" simplificate ale sistemului (viu) original, în scopul verificării unor ipoteze sau efectuării unor măsurători.

Un *principiu metodologic* important al ciberneticii este acel al aşa-numitei *cutii negre.* Sistemul este considerat exclusiv sub aspectul relaţiilor dintre influenţe (intrări) şi manifestări reactive (ieşiri), făcîndu-se abstracţie (deocamdată) de mecanismele concrete care duc la o anumită reacţie.

În fiziologie, punctul de vedere cibernetic (numit de către unii, *concepţie tehnologică)* a permis resistematizarea noţiunilor privitoare la mecanismele de reglare; iar reetichetarea lor cu termeni din teoria sistemelor informaţionale şi automate s-a dovedit fecundă. În fiziologia generală, acest punct de vedere a permis reconsiderarea ştiinţifică a „finalităţii intrinseci" pe care o prezintă organismul, „finalitate" care este dată prin ordinea particulară a părţilor şi prin schema lor funcţională. În neurofiziologie, ci-

[104] Prin ritm circadian *(circa diem)* se înţelege un bioritm cu perioada de o zi (24 ore).

Scanned with OKEN Scanner

bernetica a ajutat concepției materialiste să cîștige noi poziții, construind modele teoretice *explicative* și modele electronice *analoage* referitoare la procese logice, de calcul, de gîndire[105].

Noutatea în abordarea cibernetică a funcțiilor cerebrale constă mai puțin în analiza lor matematică, cît în modul de a considera neuronul, rețeaua nervoasă, creierul etc. ca pe *adevărate calculatoare*. Prin aceste ultime contribuții, cibernetica se înscrie ca o contribuție la o nouă etapă de dezvoltare a materialismului dialectic[106].

În medicină, „punctul de vedere cibernetic" a consolidat orientarea contemporană spre studiul proceselor de reglare din organismele vii, axată pe fiziologia și fiziopatologia sistemelor nervos și endocrin, pe incriminarea tulburărilor de secreție hormonală și a perturbărilor activității nervoase superioare („nevroza") în patogenia multor boli. După perioada anatomo-clinică, în care accentul era pus pe leziunea morfologică; după etapa în care explorarea bolnavului era dominată de obiectivul stabilirii capacități de lucru a organelor, azi se subliniază importanța corelațiilor funcționale și a integrării adecvate a organelor în economie, a capacității lor de a se adapta și de a răspunde la solicitări[107]. Sănătatea nu mai este identificată cu absența leziunilor anatomice, vindecarea nu mai este explicată unilateral prin *restitutio ad integrum*. Mobilizarea satisfăcă-

---

[105] Vezi lucrările lui Edm. Nicolau și C. Bălăceanu: *Cibernetica*, Ed. științifică, București, 1960; *Elemente de neurocibernetică*, Ed. științifică, București, 1967; *Personalitatea umană — o interpretare cibernetică*, Ed. Junimea, Iași, 1972.

[106] G. Klaus, *Kybernetik in philosophischem Sicht*, Berlin, 1965; J. Guillaumaud, *Cibernetica și materialismul dialectic*, Ed. științifică, București, 1967.

[107] Am denumit (1957) aceste trei orientări succesive — orientări către *plastica*, către *energetica* și către *cibernetica* biologică.

toare a „rezervelor" funcționale ale organismului, compensarea — sînt alte mecanisme de însănătoșire și, deci, și alte mijloace terapeutice importante. S-a ridicat problema dacă, în afară de terapia prin *antrenarea* funcțiilor de reglare, din perspectivă cibernetică nu poate fi reconsiderată și terapia cu doze foarte mici, terapia „informațională", — cum o practică, de pildă, homeopații. În raport cu autoreglarea organismului viu, *medicul* joacă rolul unui reglator extern, rațional, de „necesitate" (de obicei tranzitorie), care intervine atunci cînd autoreglarea nu poate asigura sănătatea (P. Nayrac).

Punctul de vedere cibernetic a fost aplicat și în problemele de gerontologie[108]. Bolile care au la bază dereglări ale „ciberneticii organismului" au fost numite (Merloo) *cibernoze*.

3. Ca ramură a tehnicii contemporane, cibernetica folosește numeroasele avantaje ale dispozitivelor electronice în scopul recoltării, transformării, transportării, prelucrării și înmagazinării informației și în scopul realizării unor sisteme automate artificiale. Numeroasele categorii de calculatoare electronice reprezintă produsul cel mai însemnat al ciberneticii tehnice. Sînt mașini destinate automatizării unor operații din sfera operațiilor intelectuale (automatica intelectuală).

Folosirea tehnicii de „automatică intelectuală" a dus la proiectarea și la construirea *mașinilor de diagnostic*. Aceeași tehnică deschide perspective *intervenției corectoare automate*, cu utilizări, de exemplu, în narcoză sau în controlul intraoperator sau postoperator al bolnavilor.

S-a vorbit despre *proteze cibernetice* și despre *stimulatori cibernetici* (informaționali): dispozitive care folosesc energie în calitate de semnal sau de comandă. Ca exemple, menționăm *mîna bioelectrică* și, mai ales *pace-makerii* artificiali ai inimii, utili în sindromul Adams-Stokes.

---

[108] Vezi D. Postelnicu, Al. Chira, V. Sähleanu, *Introducere în gerontologie*, Ed. Academiei R.S.R., București, 1969.

Alături de *cibernetica generală*, care generalizează experienţa şi preocupările din diferite domenii ale activităţii şi cercetării, se conturează *ramuri specializate*. *Bionica* înmănunchează eforturile de a realiza *tehnic*, în scop de modelare, dar mai ales în scop aplicativ, dispozitive funcţionale asemănătoare celora din organismele vii.

În unele domenii particulare de patologie şi clinică, şi anume în neuropatologie şi în endocrinopatologie, cibernetica aduce reinterpretări patogenice şi resistematizări nosologice (de exemplu, în hipertiroidism se pot distinge forme cu păstrarea *feed-back*-ului negativ hipofizo-tiroidian şi forme cu *inversarea* lui, adică cu *feed-back* pozitiv). Consecinţele terapeutice pot fi însemnate. Biocibernetica nu se reduce la *teoria reglării fiziologice*. Cibernetica biologică se aplică *tuturor* nivelelor de organizare a materiei vii (de la macromoleculă la biosferă). Cibernetica este chemată să explice şi *evoluţia* (O. Lange) nu numai „conservatorismul" homeostatic[109]. Dezvoltarea ontogenetică, de pildă, este un fenomen autoreglat; homeostaziei îi corespunde, aci, conceptul de *homeoreză* (Waddington). O aplicare recentă interesantă a biociberneticii vizează fenomenele de polarizare şi diferenţiere sexuală, de reglare a proporţiei sexelor, de biologie a sexualităţii *lato sensu* (Gheodakian; Peatnităchi)[110].

---

[109] În această privinţă, punctul nostru de vedere diferă de cel al lui A. Ducrocq (vezi *Romanul materiei*, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1966) pentru care cibernetica se confundă cu ştiinţa evoluţiei tuturor sistemelor materiale, evoluţie care are o fază de *autoexcitare* şi una de *autofrînare*. Noi limităm cibernetica la studiul sistemelor informaţionale.

[110] Pentru problemele acestui subcapitol, a se vedea şi B. Hassenstein, *Biologische Kybernetik*, Ed. G. Fischer, Jena, 1972; Alex. Lerner, *Grünzüge der Kybernetik*, Verlag Technik, Berlin, 1970, ca şi cele 2 volume editate de Karl-Marx-Universität, Leipzig, 1968, sub titlul *Biokybernetik*.

Scanned with OKEN Scanner

Medicina informațională[111] este, într-un anumit sens, o dezvoltare a unei direcții din medicina cibernetică. (După G. Klaus, cibernetica are patru *aspecte* ținînd, respectiv, de teoria sistemelor, de teoria informației, de teoria reglării și de teoria jocurilor). *Medicina informațională* trebuie deosebită de *aplicațiile informaticii* în medicină; ea se ocupă mai ales de cercetarea „aspectelor informaționale" din patologie, de patologia *propriu-zis informațională:* cu accentul pe rolul informației în procesele de reglare și pe calitatea de „organ informațional" a sistemului nervos. Schimburile dintre organism și mediu sînt privite mai ales sub aspect informațional (un atare aspect îl au și substanțele alimentare!). Ca atare, organismului îi vom recunoaște o *homeostazie* informațională și mijloace de protecție anti-informațională (cum ar fi creșterea pragului de excitabilitate, filtrarea, atenția, somnul etc.). Oboseala este o supraîncărcare cu informații, psihotrauma are o „valoare" informațională; inundația organismului cu informații generează un „sindrom de agresiune informațională", manifestat prin oboseală, insomnie, iritabilitate, anxietate. Un promotor al concepției informaționale este A. Restian[112]. Interesul *doctrinar* al medicinii informaționale rezultă din *perspectiva informațională* asupra organismului, considerată, în ultima vreme, drept „esențială" în întreaga biologie. Un „model informațional al organismului este o bună

---

[111] V. Săhleanu, *Știința și filozofia informației*, Ed. Politică, București, 1972, p. 181—182.

[112] A. Restian și R. Popp, *Le syndrome d'agression informationelle*, „Agressologie", 1969, nr. 2, p. 85—92; E. Restian și A. Restian, *L'étiologie informationelle des maladies psychiques*, „L'Encéphale", 1969, nr. 6, p. 519—529, etc.

Scanned with OKEN Scanner

călăuză în cunoaștere și acțiune[113]. Cea mai complexă funcțiune a sistemului viu pare să fie o „delicată autoreglare a unor situații dialectice": organismul este totodată un sistem deschis și închis, eterogen și omogen etc.; în cuprinsul său întîlnim confruntări între necesitate și întîmplare, entropie și negentropie, conservare și evoluție, progres și regres, excitație și inhibiție, sensibilizare și obișnuință, memorie și uitare, reacții alospecifice și idiospecifice, *feed-back* pozitiv și negativ, agresiune și apărare, economicitate și redundanță etc. Situațiile în care sînt implicate majoritatea *componentelor* și *nivelelor* informaționale ale organismului, par a fi cancerul și bătrînețea.

22. *CONCEPȚIA IMUNOLOGICĂ*

Imunologia clasică a studiat reacțiile defensive antimicrobiene și antivirotice: reacții celulare (ca fagocitoza, descoperită de Mecinikov) și reacții umorale specifice (anticorpi). Ele au fost examinate mai ales din perspectiva relațiilor organism-mediu, mai precis a raporturilor macroorganism-microorganism. Mecinikov a atras atenția asupra faptului că fagocitoza este un procedeu celular care joacă un rol anumit în viața normală a țesuturilor (digestie, curățire de deșeuri, metamorfoză etc.).

În ultimul deceniu s-a arătat că, în numeroase împrejurări, organismul poate produce anticorpi împotriva propriilor sale componente care, la un moment dat, au devenit antigenice pentru sistemul imunitar. Autoanticorpii au fost incriminați în produ-

[113] Vezi V. Săhleanu, *Eseu de biologie informațională*, Ed. științifică, București, 1973, capitolul XI (p. 163—173) intitulat *Structura informațională a organismului.*

Scanned with OKEN Scanner

cerea așa-numitelor boli prin autoagresiune imunologică. Lista acestor boli se lungește progresiv: lupusul eritematos, boala Hashimoto, unele poliartrite reumatice, miastenia, boala Basedow — sînt cîteva exemple. În unele situații, apariția autoanticorpilor este însă, numai, un epifenomen. În altele am putea vorbi, mai curînd, de un *coeficient de autoagresiune* care explică agravarea, autoîntreținerea sau (în rare situații) autovindecarea (de pildă, în unele guși hipertiroidizate). Un rol patogen îl au și complexele antigen-anticorp.

Pentru apariția procesului autoimunitar, se întrevăd mai multe posibilități. După M. Burnet (1958), clonele normale de celule producătoare de anticorpi (celule limfoide) sînt *tolerante* pentru antigenele normale proprii. Dar țesutul își poate altera structura antigenică — și în urma intervenției microbiene sau virotice, sau în urma unei mutații somatice; atunci clonele normale de celule imunocompetente produc autoanticorpi. Dar pot surveni mutații în clonele celulare limfoide, imunologic competente — și atunci acestea, devenite anormale, produc anticorpi împotriva antigenelor normale, proprii.

Mai importantă pentru noi este o anumită *evoluție a ideilor:* autoanticorpii nu sînt neapărat dăunători, ei ar putea constitui un mijloc de „curățire" a țesuturilor de către substanțe inoportune (prin analogie cu fagocitoza!) sau de blocare a proliferării celulelor apărute prin mutație somatică, cu altă structură antigenică — și care ar putea fi și celule canceroase. Burnet (1952) a emis ideea după care *principalul rol* al aparatului imunologic l-ar constitui apărarea „internă" față de cancerizare; apărarea externă, față de invazia microbiană și virotică, ar fi numai un *coprodus* al acestei funcții[114]. S-a presu-

[114] „Reversul medaliei" este rejecția grefelor la mamifere.

Scanned with OKEN Scanner

pus[115] că sistemul de autoanticorpi poate fi privit ca un „sistem (imunologic) de autoreglare", anticorpul — macromoleculă — învecinîndu-se structural cu alte macromolecule proteice care intervin în autoreglare (cum ar fi hormonii proteici).

Relații, „de tip antigen-anticorp" par a interveni, după unii autori (Veazov, 1956; Jukov-Verejnikov) în procesele de embriogeneză. Reactivitatea imunologică a organismelor în stadii timpurii de dezvoltare s-ar manifesta *altfel* decît la adult — și anume prin unele procese de morfogeneză.

Burch și Burwell (începînd din 1963) au postulat că nu numai anticorpii, ci și sistemul limfoid constituie regulatori ai creșterii normale și patologice[116]. În această viziune, așadar, imunologia este „integrată" în fiziologie, în strînsă legătură cu procesele de creștere, diferențiere, regenerare etc.

Printre corolarele patologice ale acestei concepții, menționăm următoarele:

a) Se atribuie autoagresiunii un rol esențial în procesul de îmbătrînire (Walford). Astfel, îmbătrînirea poate fi privită și ea ca o boală „de care nu scapă nimeni".

b) Unele particularități ale terenului reactiv, cum sînt cele legate de sex, sînt puse pe socoteala diferențelor de reactivitate imunologică. Același lucru se poate spune despre sex și vîrstă, ca factori etiologici în numeroase boli.

c) Concepția bolilor prin autoagresiune poate fi extinsă dincolo de sfera bolilor somatice, la unele boli neuro-psihice sau chiar la psihoze (schizofrenie, psihoza maniaco-depresivă, psihoza de involuție).

---

[115] Ligia Simionescu și V. Săhleanu, *Immunologic factors in humoral regulation*, „Rev. Roum. Endocrinal.", 1968, vol. 6, p. 109—118.

[116] P. R. J. Burch, *An inquiry concerning growth, disease and ageing*, Ed. Oliver and Boyd, Edinburg, 1968.

Scanned with OKEN Scanner

Deocamdată, pentru această teză nu avem decît argumente indirecte de ordin statistico-matematic.

d) Repercusiunile eventuale asupra sistemului imunitar — sînt de luat în considerare în studiul influenței oricărui factor de mediu asupra organismului.

e) Conexiuni, nebănuite înainte, între sistemul endocrin și cel imunitar, se stabilesc prin mijlocirea hipotalamusului și mai ales a timusului — cu implicații în oncologie.

f) Este posibil ca autoimunitatea să fie un factor predispozant la aberații cromozomiale (Fialkow, 1964).

g) Sistemul imunitar poate să joace un rol — nu numai în inhibiția funcțională, în „oprirea" proliferării sau în citoliză (*morfostaza* lui Burwell), ci și un rol de *stimulare*.

Pentru limfocite, rolul lor trofic a fost stabilit încă de Alexis Carrel, pe culturi de țesut (ele eliberează „trefone": *trefocitele* lui Loutit, 1962); în limfocitele imune, predomină însă acțiunea morfostatică. Pentru anticorpii anticelulari și antitisulari, lucrări încă clasice au demonstrat efectul excitant al dozelor mici — fapt confirmat recent și în culturi de celule (Holban și Săhleanu, 1966). Această idee a stat la baza folosirii *serului citotoxic reticular*, de către A. Bogomoleț, în stimularea vitalității organismului și în tentativele de terapeutică a bătrîneții — între 1925—1950. (După cum se știe, Bogomoleț a susținut că troficitatea parenchimelor depinde de starea sistemului reticulo-histiocitar).

O perspectivă „dialectică" asupra imunității implică, în funcționarea utilă a acesteia, echilibrări între autoimunitate, izoimunitate (relații mamă-făt, organism-celule cu antigenicitate alterată, ca în cancer) și xenoimunitate; de asemeni, o echilibrare între

Scanned with OKEN Scanner

rezultantele de *rejecţie* şi cele (Voisin) de *facilitare*. Homeostazia imunologică este o problemă de raport, de relaţie (este o problemă de *homeorapie*[117]).

23. *DOCTRINA VITALITĂŢII*

Doctrina vitalităţii nu are nimic comun cu *vitalismul;* dimpotrivă, dezvoltarea sa cea mai sistematică se înscrie deliberat pe poziţiile materialismului dialectic (L. N. Pliuşci, 1957; I. Peatnităchi, 1957, 1969). Rezistenţa organismului la diferiţi factori nocivi, permanent prezenţi în ambianţă, este considerată ca un element distinct, important, al *unităţii* organismului cu mediul, rezultat al unor *contradicţii* inerente organismului (ca sistem) sau inerente relaţiilor organismului cu mediul. Vitalitatea este nu numai o problemă de biologie generală ci şi o problemă fundamentală de biologie medicală[118].

În semantica tradiţională, *vitalitatea* a fost considerată ca un fel de capacitate energetică a organismului. În acelaşi spirit „energetist" a vorbit H. Selye („energia de adaptare") şi T. D. Lîsenko. Ultimul punea vitalitatea organismelor pe socoteala „contradicţiilor interne" din procesul metabolic, introduse prin chiar actul fecundaţiei (privită ca o „asimilare reciprocă" a gameţilor) sau imprimate de către mediu („asimilarea condiţiilor neobişnuite"), vitalitatea stingîndu-se, în consecinţă, pe parcursul ontogenezei. Este însă necesar să facem distincţia (propusă de I. Peatnităchi) între *viabilitate* (viaţă „minimă", determinată de organizarea fundamentală minimă a siste-

---

[117] L. Simionescu şi V. Săhleanu, „Rev. roum. endocrinol.", 1973, vol. 10, nr. 2, p. 121—122; „Sém. méd. balkanique", Ankara, sept. 1973.

[118] I. Peatnităchi, *Dialectica vitalităţii organismului*, Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1969.

mului viu) și viața viguroasă, vitalitatea *propriu-zisă* (dată de „redundanța" organizării fundamentale). Se mai poate deosebi o vitalitate-*grad* — (cît de viguros este organismul) de vitalitatea-*formă* (care ne indică *prin ce anume* este el viguros și prin ce anume este el slab). Putem stabili criterii globale sau nespecifice de vitalitate, cum ar fi rezistența la boli, productivitatea sau prolificitatea.

În continuare, o distincție necesară este și cea între vitalitatea *vegetativă* și vitalitatea de *relație;* trecerea (filogenetică și ontogenetică) de la un tip la altul corespunde creșterii rolului proceselor informaționale în cadrul fenomenelor biologice. Vitalitatea de relație, în forma sa cea mai evoluată, este dependentă de funcțiunile cerebrale (vezi capitolul despre nervism); dezvoltarea vitalității de relație „limitează", oarecum, vigoarea ancestrală a instanțelor vegetative. Vitalitatea mai trebuie examinată diferențiat în raport cu *mediul favorabil* și cu *mediul ostil;* în raport cu *statica* și cu *dinamica* sistemului viu.

Intensificarea vitalității sub acțiunea unor condiții de mediu neobișnuite (teză darviniană) și-ar putea găsi explicația în antrenarea instanțelor de adaptare, reglare și compensare, cu intervenția fenomenului (principiului) *suprareglării.* Vitalitatea este legată, în adevăr, de contradicțiile interne ale organismului, dar într-un mod subtil: redundanța și sinergismele se dezvoltă dialectic într-un „antagonism interstimulant". În vitalitate trebuie să recunoaștem o componentă genotipică (evidențiată, de exemplu, în fenomenul de heterozis) și o componentă fenotipică; dar de influențele mediului, adică de exercițiul funcțional, depinde, în mare parte, valorificarea potențialului vital genotipic. Pentru menținerea și stimularea vitalității se poate acționa tocmai prin mijlocirea variațiilor condițiilor mezologice, inclusiv prin provocarea unor carențe moderate, periodice sau aperiodice

Scanned with OKEN Scanner

(hipoxie, post). O variație a mediului are maximă eficiență biologică atunci cînd, pe lîngă intensificarea unor mecanisme adaptative *active* (riposte homeostatice, reacții compensatoare) provoacă și stimularea mecanismelor adaptative *pasive* (creșterea toleranței la variații necompensate ale mediului intern). Din punct de vedere termodinamic, informațional și taxiologic, perturbațiile vitalizante ale mediului sînt cele „moderat entropizante".

Între anabolism și catabolism nu există numai interdependență și interacțiune, ci și interstimulare, care uneori îmbracă aspectul de supracompensare. De pildă, exercițiul muscular (corelat cu un catabolism intens) este urmat de o anabolizare excesivă ce depășește nivelul anterior — avînd ca rezultat hipertrofia funcțională (hipertrofia de lucru). Latura principală a contradicției trebuie căutată în catabolism, deoarece acesta constituie singura sursă de energie pentru realizarea sintezelor organice (a anabolismului). Se poate afirma că, deseori, latura principală, constructivă a procesului vital este stimulată de un prealabil impuls catabolic, destructiv. În condiții fiziologice normale, dar și în restabilirea organismului după agresiuni, întîlnim aceleași balansări catabolico-anabolice. Această concepție integrează astfel, ca moment de semnificație biologică generală, reacția oscilantă post-agresivă descrisă de H. Laborit.

După cum am notat, din punctul de vedere al analizei cibernetice a sistemelor, accentul deosebit este pus nu pe *compensarea* perturbației adusă organismului de către factorul de mediu, ci pe *supracompensare*, respectiv pe „suprareglare". Existența acestei particularități a sistemelor automate biologice condiționează, în mare măsură, *progresul* biologic, la scară individuală sau filogenetică. Ca atare, o atenție deosebită se va acorda metodelor de *stimulare* a rezistenței, peste nivelul existent în condiții obișnuite. În legătură cu ultimul punct, trebuie subliniată teza

Scanned with OKEN Scanner

după care variația condițiilor de existență, abaterea lor moderată de la nivelul cu care s-a deprins organismul, este întotdeauna utilă, iar uneori chiar necesară, producînd ca efect nespecific stimularea generală a vitalității. Explicația acestui fapt stă atît în intensificarea bifazică a metabolismului (cu debut catabolic și cu profit anabolic final, acționînd ca „antidot" al hipometabolismului adaptativ) cît și în antrenamentul (direct sau corelativ) al diverselor funcții organice implicate. Se lărgește diapazonul funcțional potențial, crește plasticitatea, adaptabilitatea și rezistența la solicitări funcționale, se măresc capacitățile compensatoare, crește toleranța la dezechilibre fiziologice și se lărgesc limitele reversibilității, în caz de modificări patologice.

Psihicul uman influențează de asemeni rezistența biologică nespecifică. Un anumit grad de varietate a stărilor nervoase este recomandabil; dar nu o heterogenitate exagerată și dezechilibrată a vieții psihice (care duce la nevroză). Pare mai important, totuși, rolul protector, „antinevrotic" al *echilibrului* psihic, al bunei dispoziții etc., decît influența „stimulatoare" a varietății stărilor psihice. În momentele de mare încordare spirituală, organismul uman este capabil de mari eforturi funcționale și de o mare rezistență generală.

În mod curent, însă, prudența, frica, sînt „controlori" care preîntîmpină epuizarea funcțională și asigură reversibilitatea variațiilor interne, fiind răspunzători de existența unui anumit coeficient de siguranță. În sfîrșit, posibilitățile de cunoaștere științifică a realității fac din conștiința umană — inițiatorul și organizatorul unor măsuri de ordin medical pentru stimularea vitalității. Totuși, psihoterapia, așa cum se practică curent, nu conține elemente de stimulare propriu-zisă.

Scanned with OKEN Scanner

24. NATURISMUL

Începuturile orientării spre „medicina naturistă" *(Naturheilkunde)* se situează în epoca decăderii vechii medicini umoraliste, la sfîrșitul secolului al XVIII-lea. Este epoca care a generat sisteme dogmatice noi (ca a lui Brown), homeopatia: reacții nihiliste — alături de încrederea în forțele vindecătoare proprii naturii omului.

Naturismul actual admite, în general, existența unei „forțe vitale" specifice, care garantează sănătatea atîta timp cît viața se desfășoară în condiții *naturale*[119]. Medicul trebuie să *respecte* manifestările acestei „forțe", orientate finalist spre adaptare, regenerare. Simptomele bolii exprimă, în general, forța vindecătoare a naturii *(vis medicatrix naturae)*. Asemenea reacții trebuie susținute (deci *syn-terapie*) și nu combătute (deci nu: *contra-terapie*). Boala este o stare de activitate vitală *crescută*, pîndită însă de riscul epuizării. Diferitele boli au o rădăcină comună în constituția individuală, în reactivitatea particulară a individului. De aceea, terapia (*activă*, implicînd colaborarea bolnavului) este *generală*. Accentul se pune pe schimbarea mediului de viață și pe folosirea agenților naturali (aer, apă, lumină, dietă, mișcare). Multe boli necesită aplicarea măsurilor de dezintoxicare (depurative). Se preferă alimentația nedenaturată (crudități) și medicamente de origină biologică, proaspete (plante).

K. Rotschuh semnalează trei consecințe practic-terapeutice, cu rol pozitiv, ale naturismului: educarea bolnavului și colaborarea cu acesta; activarea mecanismelor de autoajutorare; abținerea de la tratamentul intempestiv. Dar, chiar dacă „natura" merită mult respect, „ea nu se situează în afara legilor naturii". Nu există o forță vindecătoare în sensul forțelor considerate de fizică, nici o forță vindecă-

---

[119] A se consulta: A. Brauche, *Handbuch der Naturheilkunde*, Ed. 2, Leipzig, 1939; W. Tiegel, *Biologische Krankheitslehre*, în *Med. Biol. Taschenbuch*, Stuttgart, 1962; K. Kötschau, *Medizin am Scheideweg*, Ulm, 1960.

toare personificată, nici o forță vindecătoare atotînțeleaptă și atotputernică. Nu trebuie nici să o subestimăm, nici să-i acordăm o încredere nelimitată. De aceea, nu toate *reacțiile* organismului sînt utile; dealtfel, cuvîntul „reacție" este multivoc și se pretează la confuzii[120]. Naturismul are, astfel, păcatele concepțiilor *unilaterale*. Acum 130 ani, „naturistul" Jahn afirma că uretrita blenoragică este o reacție utilă vindecării sifilisului! Inflamația, tip de reacție cu rol defensiv, poate fi dăunătoare: acum un secol, 50% dintre cei operați mureau din această cauză[121].

25. *ACUPUNCTURA*

Acupunctura este o metodă terapeutică din extremul orient, avînd tradiții multimilenare[122]. În Europa a început să fie practicată în secolul al XVII-lea (Harvien, 1671) dar s-a răspîndit mai larg abia după lucrările lui G. Soulier de Morant (1934). Ea se bazează pe constatarea că organele interne pot fi influențate prin introducerea, în profunzimea pielii, în anumite puncte precis determinate, a unor ace metalice. Metoda *cen-țiu* se folosește de 693 puncte situate de-alungul a 14 meridiane. Aceste puncte pot fi localizate pe cale obiectivă, deoarece prezintă o rezistență scăzută la trecerea curentului electric (Grenier, 1953; Bloch, 1962; Niboyet; Podsibiakin; Ishikawa; Grall; Fl. Dumitrescu și Golovanov; Io-

---

[120] În această privință, a se vedea comentariile făcute la expunerea concepțiilor lui D. Danielopolu, I. P. Pavlov, A. D. Speranski, H. Selye, G. Roussy și M. Mosinger.

[121] K. Rothschuh, *Prinzipien der Medizin*, p. 27, ș.u.

[122] H. Dufour, *Atlas d'acupuncture topographique*, Ed. le François, Paris, 1960; R. de La Fuye, *Traité d'acupuncture*, Ed. Le François, Paris, 1956; J. E. H. Niboyet, *Traité d'acupuncture*, Ed. Maisonneuve, Paris, 1970; N. N. Gheorghiu și colab., *Manual de acupunctură*, Ed. Medicală, București, 1974; D. Constantin, *Teză*, Institutul de Neurologie și Psihiatrie, București, 1974; T. Caba, *Introducere în practica acupuncturii*, Ed. Litera, București, 1973.

Scanned with OKEN Scanner

nescu-Tîrgoviște; Rabichong și Lagasse etc.). Dincolo de orice interpretări privind mecanismul de acțiune, acupunctura poate fi clasificată printre metodele de stimuloterapie cutanată, care acționează prin iritații punctiforme ale periferiei[123].

Întemeierea *filozofică* tradițională a acupuncturii face apel la o viziune dialectică asupra lumii, viața fiind considerată ca rezultanta de echilibru a unor forțe antagoniste: *Inn* și *Yang*. Viziunea este mai curînd dinamică decît energetică, cele două forțe opuse putîndu-se asimila cu tonusul simpatic și parasimpatic. Dezechilibrul lor se exprimă, între altele, prin modificări ale pulsului — acupunctura chineză fiind strîns legată de sfigmologie și în acord cu bioritmologia (J. Borsarello, 1970, 1973). În justificarea *științifică* a acestei practici se ține seama de multiplele funcții ale învelișului cutanat, care joacă un rol însemnat în schimbul „informațional" (prin excitații mecanice, chimice, electrice, luminoase, termice etc.) și substanțial (prin respirație, transpirație etc.), între organism și mediul extern. Se știe că între ectoderm și sistemul nervos există o înrudire embriologică. Se cunoaște existența zonelor de hiperestezie cutanată în afecțiunile viscerale ca și proiecția tegumentară a unor dureri organice (zone Head); s-au descris și zone reflexogene (Abrams). Cercetarea *fiziopatologică* actuală urmărește înregistrarea obiectivă, prin metode biochimice, biofizice, radiologice, viscerografice, hormonale etc. — a modificărilor obținute prin acupunctură.

Interpretările curente ale mecanismelor de acțiune sînt interpretări nerviste (Ciu-Lien, 1954). Elliot (1962) vede în acupunctură o formă de „contra-iritație". Voisin consideră că metoda este utilă grație reflexelor „curative" pe care le declanșează și si-

[123] J. Daniaud, *Stimulothérapie cutanée*, Ed. Maloine, Paris, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

tuează acupunctura în aceeași clasă cu centroterapia endonazală a lui Bonnier care „acționează asupra căilor periferice pentru a atinge centrii nervoși și — prin mijlocirea lor — pentru a restabili integritatea organelor și funcțiilor tulburate“[124]. După școala de medicină coreeană, explicația aceasta este eronată. Kim Bong Han susține (pe baza unor date histologice, histochimice și experimentale) că punctul de atac al acupuncturii este un alt sistem de reglare prezent în organismele superioare, sistem integrat și integrant, în întregime diferit de sistemul nervos, de sistemul vascular și de sistemul limfatic: sistemul Kyungrak (Kenrak)[125]. La disecția și examenul microscopic al „pozițiilor privilegiate“ din piele (pozițiile Kyunghyul) s-au pus în evidență corpusculi speciali (corpusculi Bonghan), la limita vizibilității, conectați prin canale *sui generis* cu corpusculi analogi perivisceral. Sistemul pare să fie „umplut“ cu o substanță circulantă bogată în acizi nucleici — și din el se pot recolta potențiale bioelectrice. Lucrările citate n-au fost confirmate.

Acupunctura este un tratament de elecție al algiilor și al tulburărilor funcționale. În tulburările cu substrat organic decelabil, influențarea promptă a durerii poate camufla evoluția leziunilor. Nu se pot nega ecourile endocrine ale acupuncturii (L. Bratu, C. Ionescu-Tîrgoviște, T. Crăciun ș.a.). Efectul anestezic a fost evidențiat în China, mai ales în ultimii douăzeci de ani, intrînd masiv în practica de mică și mijlocie chirurgie[126]. Pentru explicarea efectelor analgetic și anestezic s-au propus ipoteze „informatice“ (Roche-Bruyn, 1972) sau „informaționale“ (G. Cantoni, 1973). Este interesată activitatea auto-

---

[124] Dr. Voisin, *L'acupuncture du practicien*, Ed. Maloine, Paris, 1953, p. 151.

[125] Kim Bong Han, *On the Kyungrak system*, Foreign Languages Publ. House, Pyongyang, 1964.

[126] Cf. „Chinese Med. J.“, 1975, p. 13—27.

matelor neuro-viscerale, la nivelul memoriei biologice sau a programelor de lucru; se petrec fenomene *sui-generis* de interferență și competiție între impulsurile transmise prin căile senzitive (Tien, 1973); se produce o perturbare a decodificării mesajelor dureroase (D. Constantin).

Derivate ale acupuncturii sînt *auriculoterapia* (Nogier), acupunctura cerebrală, acvapunctura, depoacupunctura, sonopunctura, acupresura și electroacupunctura[127]. După unii autori, punctele electrodermale sînt efectiv interesate în corelația *electrică* dintre organism și mediu (Adamenko, 1973) iar acupunctura este o *acțiune de electroreglare*, intervenind în homeostazia electrobiochimică a organismului (D. Constantin, 1974). Nu este de mirare, atunci, că se dezvoltă, paralel, și o acupunctură veterinară (Kothbauer, Joechle) și se caută „puncte active" chiar și la plante (Gaikin, 1967). Luînd în considerație treptele inferioare ale filogenezei, se regăsește astfel o altă idee tradițională orientală (indică) — sensibilitatea plantelor (cercetată fiziologic de J. Ch. Bose, 1927). În același timp se semnalează analogii conceptuale între acupunctură și medicina *yoga* (vezi capitolul respectiv în partea a II-a a lucrării de față).

26 *HOMEOPATIA CONTEMPORANĂ*

Homeopatia — ca principiu terapeutic — este mai veche decît doctrina lui Hahnemann, de al cărui nume se leagă homeopatia actuală. Hipocrat și Paracelsus au folosit principiul homeoterapic și l-au recomandat. „Gîndirea umană nu poate îmbrățișa decît două feluri de concepțiuni față de fenomenele Naturii. Concepția analitică și statică, referindu-se la

[127] W. H. Khoe, „Amer. J. Acupuncture", 1974, p. 272—274.

antagonismul forțelor naturale, duce la dualitate, la legea contrariilor, la alopatie. Concepția sintetică și dialectică găsește analogii între fenomenele exterioare și cele petrecute în noi, conducînd la unitate, la homeopatie. Aceste concepții se succed mereu reînnoite, alcătuind cicluri în evoluția gîndirii umane"[128].

Relațiile postulate de homeopatia veche sînt (ca și în astrologie) cele dintre corpul omenesc (microcosm) și cosmos (macrocosm). Ele pot fi înțelese fie ca o *corespondență*, fie ca o armonizare determinată (în care caz *aritmia*, perturbarea raporturilor, „explică" patologia). Rezultă că boala nu este o entitate aparte, ci este actualizarea unei potențe virtuale a individului (tip, teren).

Homeopatia aplică, în terapeutică, indicația *similia similibus curantur*. „Bunul simț" consideră natural ca o boală să fie tratată prin combaterea simptomelor sale cu ajutorul unor medicamente care provoacă, în organismul sănătos, modificări de sens opus celor generate de boală: insomnia este tratată cu somnifere, iar febra cu antipiretice (principiul *contraria contrariis curantur* al *enantiopatiei*). Homeopatia tratează bolile cu medicamente care provoacă, în *organismul uman sănătos*, modificări sau simptome asemănătoare celora date de boală, dar folosite sub formă extrem de *diluată*[129]. Tabloul simptomelor date de un *remediu* alcătuiește *patogenezia*. Patogenezia acordă mare importanță simptomelor psihice, ajungîndu-se aici la mari subtilități descriptive; de pildă,

---

[128] C. Bărbulescu, *Policrestele homeopatice: monografia sulfului*. București, 1946, p. 3. (Policrestele sînt remedii cu întinsă sferă de acțiune).

[129] Utilizarea produsului morbid atenuat definește *izopatia;* utilizarea a însuși agentului patogen, definește *tautopatia* (D. Everitt, 1957). Produșii virusurilor inoculabile sau excrețiile morbide atenuate sînt numite *nosode* (ex. *medorrhinum* — puroi blenoragic; *psorinum* — din pustulele rîiei etc.).

Scanned with OKEN Scanner

senzația de pînză de păianjen pe figură este dată de următoarele remedii: *alumina, baryta carbonica, borax, bromum, graphitum*[130]. Contează apoi *modalitățile* — adică agravarea sau ameliorarea simptomelor morbide sub diferite influențe (frig, oră a zilei, efort etc.); ele traduc reactivități speciale utile pentru diagnostic. *Lateralitatea* predominantă (sau exclusivă) indică faptul de experiență după care bolile localizate în dreapta sau în stînga nu sînt identice din punctul de vedere al evoluției și al terapiei. Se ajunge astfel la remedii pentru simptome extrem de speciale: sensibilitatea extremă la zgomot, cu vibrații resimțite în tot corpul și la dinți *(Theridion),* durerea în regiunea coastei a 3-a, la 1—2 degete în dreapta sternului *(Ilicium).* A găsi din sutele de simptome date de fiecare din cele 2—3000 remedii, pe cel care reprezintă un *simillimum* — este posibil cu ajutorul repertoriilor, dintre care cel mai cunoscut este al lui Kent.

Tratamentul homeopatiei este unul *general.* Doctrina homeopatică admite că bolile se nasc, persistă și se agravează „prin cooperarea organismului"[131]. O boală *localizată* la suprafața pielii exprimă afecțiuni *interioare.* Numeroasele entități nosologice sînt reduse, în doctrina hahnemenniană, la cîteva stări constituționale cronice morbide: *psora* (diateză? discrazii?), *sicoza* etc. În orice caz, homeopatia atribuie o mare însemnătate terenului constituțional, dezvoltînd o tipologie farmacodinamică sau chimică, numai în parte superpozabilă peste biotipologia alopatică *(Nux vomicae* corespunde la hepatism; *Phosphorus* este candidatul la tuberculoză; *Platina* seamănă cu femeia isterică; tipul *Calcarea* seamănă cu scrofulosul etc.)[132].

[130] G. Charette, *Précis d'Homéopathie. La Matière médicale Pratique,* Ed. 3, Le François, Paris, 1949, p. 112.

[131] S. Hahnemann, *Organon,* § 187—189.

[132] Școala lui L. Vannier a elaborat, în ultimele decenii, o biotipologie homeopatică consistentă.

Scanned with OKEN Scanner

Diluția pînă la doze infinitezimale a fost considerată de Hahnemann ca o *dinamizare* a remediilor. Diluarea prin sfărîmare și sucusiune manuală „dezvoltă la un punct de necrezut și pune în plină acțiune forțele substanțelor medicinale, pînă atunci latente și oarecum cufundate în somn“[133]. Hahnemann era vitalist, credea că diluarea „dematerializează“ substanțele iar manipularea le aduce ceva din vitalitatea celui care prepară medicamentul . . . Se ajunge astfel la diluții care, pentru fizico-chimist, sînt de neconceput: C 100 (centesimala 100) corespunde la 100^{-100}. Aceste diluții sînt *potențe* (joase sau înalte). Potențele joase (diluțiile mici) sînt folosite în tulburări lezionale; cele mijlocii, în tulburări funcționale iar cele înalte, în tulburări de senzorium sau de temperament[134]. Astăzi se știe că diluția *reală* nu corespunde cu cea *teoretică* (Berne). Ideea că diluțiile homeopatice înalte ar face din homeopatie o medicină submoleculară, atomică sau chiar subatomică[135] nu poate fi reținută. Pentru a înțelege de ce *similia similibus curantur*, s-a făcut apel la un principiu farmacodinamic descris de Arndt și Schultz, după care — pentru unele substanțe — dozele mari au efecte inverse dozelor mici[136]. Această explicație nu este pe deplin satisfăcătoare. O parte din simptome sînt expresia măsurilor de apărare ale organismului: un „simil“ ar stimula, în mod specific, asemenea măsuri. Însă organismul bolnav diferă de organismul sănătos, pe care s-a stabilit spectrul de simptome dat de remediu, prin însăși starea de

---

[133] S. Hahnemann. *Organon*, § 128.

[134] Un număr de 327 remedii sînt date în C. Bărbulescu, *Memoratorul materiei medicale homeopatice*, București, 1946.

[135] Vezi N. Stănescu, *Homeopatia, metodă recent aplicată în medicina sportivă*, „Fotbal“, 1958, nr. 4, p. 8—9.

[136] Vezi A. Stiegele, *Klinische Homöopathie*, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1941.

Scanned with OKEN Scanner

boală. Noțiunea de „stare parabiotică", introdusă de medicina nervistă, descrie tocmai comportamentul paradoxal al unui sistem biologic aflat în stare anormală[137].

Știința contemporană cunoaște fapte care oferă homeopatiei un cadru interpretativ mai larg decît știința de acum un secol. Eficacitatea biologică a concentrațiilor foarte mici este confirmată pentru unele metale (acțiunea oligodinamică: concentrații 10^{8}—10^{9}); este cunoscut faptul că unii hormoni acționează în concentrații de o moleculă pe celulă; A. Teitel a constatat că acetilcolina poate fi activă, pe mușchiul striat, în diluție molară de 10^{-20}; se profilează o farmacodinamie „cibernetică" în care substanța este considerată ca purtător de informație etc.

Cu toate acestea, există polemici violente împotriva homeopatiei[138]. Rezultatele homeopatiei au fost puse pe socoteala sugestiei și autosugestiei (ceea ce nu poate explica, însă, specificitatea simptomelor provocate de remedii, necesitatea aplicării unui anumit remediu, succesele obținute în pediatrie sau în medicina veterinară). Un număr încă insuficient de cercetări se ocupă cu farmacodinamia dozelor mici și infinitezimale, deși unele rezultate obținute pe animale, pe plante sau chiar pe sisteme enzimatice *in vitro* — sînt încurajatoare[139].

---

[137] Pentru interpretările nerviste (pavloviste) ale homeopatiei, vezi H. Unger în „Allg. homöop. Zeitung", 1964, vol. 209, p. 159, 236 și 284. La noi în țară, homeopatia nervistă este reprezentată consecvent de dr. Tiberiu Ionescu.

[138] Vezi articolul semnat de numeroși profesori sovietici, în frunte cu A. Bakulev, în „Izvestia", nr. 84 (13320) din 8 aprilie 1960 *(Pseudo-înțelepciunea homeopatiei)* și cartea lui O. și L. Prokop, *Homöopathie und Wissenschaft*, Ed. Enke, Stuttgart, 1957.

[139] W. E. Boyd („British Homeop. J.", 1954) presupune că, în cazul potențelor înalte, acționează un factor activ *derivat* din substanță, adică stimulatorul (dispare după ce) își *transferă activitatea.*

Scanned with OKEN Scanner

*

Menționăm că G. Tilitchéef a propus, recent, o interpretare spiritualistă *sui generis* a homeopatiei, bazată pe ideea „structurilor micropsihice" intraorganismice. În afară de efectul psihoterapic propriu-zis, el ia în considerare o „acțiune psihoterapică asupra psihismului primar, organic", respectiv celular.

Diametral opus se situează O. A. Julian care încearcă o refundamentare *materialist-dialectică* a homeopatiei, luînd în considerare „momentele contradictorii ale realului"[140].

*

K. Kötschau[141], a găsit, în homeopatie, inspirația pentru o „medicină biologică", adică una care ține seama de *legile vieții*. Principiul de a depista reactivitatea specifică *(Findungsprinzip)*, de a pune un diagnostic după această reactivitate, implică admiterea unei „continuități între boală și terapie" de care medicina științifică nu ține seama. Eficacitatea maximă a *similimum*-ului nu se poate explica decît printr-o sensibilitate maximă a organismului, într-o stare dată; sensibilitate care oglindește fidel această stare. Patologia generală cunoaște situații de acest fel (de ex. reacția la tuberculină). Această „gîndire biologică" nu coincide cu gîndirea științelor naturale exacte, ci dimpotrivă *i se opune*, căci metoda de abordare esențială este metoda („goetheană") *tipologică* (dar în plan dinamic-funcțional, și nu în plan morfologic). Metoda este integralistă și „organismică" și se înscrie pe o linie de tradiții care începe cu Hipocrat și ajunge, în secolul al XIX-lea, la Hufeland și la *tînărul* Virchow (cel din scrierile anterioare *patologiei celulare*). Bazele teoretice ale acestei metodologii au fost elaborate în continuare împreună cu A. Meyer (citat în subcapitolul despre holism).

---

[140] Vezi „Cahiers de Biothérapie", 1965, vol. 2, nr. 6, p. 85.

[141] K. Kötschau, *Zum Aufbau einer Biologischen Medizin*, vol. I, Ed. Hippokrates, Stuttgart-Leipzig, 1926, p. 126, ș.u.

Scanned with OKEN Scanner

Partea II-a

SPRE O MEDICINĂ ANTROPOLOGICĂ

1. *INTRODUCERE*

H. Schipperges, care este un istoric al medicinii, consideră[1] că niciodată n-a existat o învățătură despre vindecare *(Heilkunde)* care să fi ignorat dimensiunile antropologice ale omului (sau să fi renunțat la ele). Orice *istorie a medicinii* este, totodată, o panoramă de *antropologii medicale*, implicite sau explicite. Fiecare epocă și fiecare direcție de „școală medicală" a conturat o imagine despre om (am spune: un „model" de om). Pe de altă parte, orice istorie este „antropologie aplicată", cum afirma încă Novalis. Dar reconsiderarea istorică a doctrinelor medicale s-ar putea folosi în mod deliberat pentru a elabora o antropologie medicală corespunzătoare, pentru care Th. Nipperdey (1967) a propus termenul (impropriu) de *antropologie istorică*.

La noi în țară, Valeriu Bologa vorbea, încă din 1933[2], despre „criza medicinii și sinteza istorică" și susținea: „tindem spre o viitoare ordonare sintetică, spre o aprofundare filosofică... Nu vrem să neglijăm și mai departe problemele fundamentale ale gîndirii medicale, să pierdem legătura cu ceea ce au reprezentat valori eterne în medicina trecută". Orientarea dublă: către *filosofie* și către *istorie* (*recte:* către tradițiile majore ale medicinii) este net exprimată. În 1943, același ilustru medic-istoric român se ocupa de *Analiză și*

[1] H. Schipperges, *Anthropologien in der Geschichte der Medizin*, în vol. *Biologische Anthropologie*, II, Ed. G. Thieme, Leipzig, 1972, p. 179—214.

[2] În „Clujul Medical", 1 noiembrie 1933.

spiritualitate în medicină[3] iar în 1948 întrevedea ca „din vechea *teză* hipocratică și din antiteza virchowiană" să se nască, „în zilele noastre, într-o continuă modificare evolutivă și ascendentă, medicina viitorului" — ca o *sinteză*[4].

În perspectivă istorică, și din punct de vedere formal, Schipperges deosebește trei „antropologii" *divergente:*

1. una cu rol mai curînd *compensator*, care caută să completeze lipsurile unei teorii medicale prin date de biologie generală și extra-fiziologică, de psihologie, de sociologie, avînd drept țel constituirea unei *medicini obiective;*

2. una dogmatic-ontologică care pretinde să înlocuiască radical „sistemele corupte" ale medicinii naturaliste;

3. una mai curînd empirică și analitică, care tinde să schițeze o teorie a terapeuticii, în cadrul diferitelor discipline practice.

W. Doerr (1972) deosebește, la rîndul său:

1. antropologia în „sens convențional", ca ramură a biologiei (ceea ce, mai departe, P. Christian va numi „înțeles tradițional european");

2. antropologia *în sens actual* care s-ar identifica cu înțelesul renascentist (vezi mai departe); mutația semantică spre sensul 1 s-a petrecut în epoca lui Kant, cu contribuția acestuia, a lui Blumenbach și a lui Sommering. Dar acest „sens actual" este tocmai sensul pe care-l reabilitează *antropologia medicală*, care se preocupă de ceea ce este propriu uman în situația bolnavului, care include subiectivitatea în „modelul" științific despre om (despre omul bolnav). În acest sens, antropologia medicală își găsește un precursor în lucrarea lui Heinroth (1806) avînd chiar acest titlu.

Despre *Antropologia morbidului*, schițată de W. Doerr, vom vorbi la locul oportun.

---

[3] Cf. ref. 57 din Partea I.
[4] În „Ardealul Medical" (referințe semnalate de Gh. Brătescu).

Scanned with OKEN Scanner

2. DISTINCȚIILE LUI P. CHRISTIAN[5]

„Antropologia medicală" înseamnă, cuvînt cu cuvint, „învățătura despre omul bolnav". S-ar putea crede că antropologia medicală ar fi identică cu medicina umană. Dar înțeleasă în sensul ei curent, medicina se ocupă cu edificiul corporal uman, cu funcțiunile acestuia, cu modificările anatomice și fiziologice din boală, cu cauzele și consecințele bolilor, cu vindecarea lor — dar nu cu „omul bolnav" *întrucît e om*. Antropologia medicală introduce în doctrinele despre boală specificul uman, cum ar fi interioritatea și subiectivitatea, spiritualitatea și istoricitatea. Dimpotrivă, medicina (în înțelesul ei curent) folosește metode și perspective ale științelor naturii, are o „indiferență principială" față de notele subiective, bolnavul este privit ca „obiect" al cercetărilor. Omul nu este însă o *ființă biologică printre altele*, ci poate fi, eventual, fundamental diferit de acestea, iar boala omului este un *mod de a fi* al ființării umane. Perspectiva naturalistă se cere corectată sau completată, dacă nu cumva abandonată în favoarea altei perspective.

După P. Christian, este necesar să *deosebim* „antropologia medicală" de *Antropologie*, dacă acestui cuvînt îi acordăm înțelesul tradițional european (a) sau cel anglo-saxon (b).

a) În înțelesul european „îngust", „Antropologia" înseamnă „antropobiologie" (și chiar mai puțin decît aceasta, *V. S.*): studiul raselor, genetica umană, filogeneza hominidelor, metodica antropometrică *(antropologie fizică)*.

---

[5] P. Christian, *Das Personenverständnis in modernen medizinischen Denken*, 1952 și *Medizinische Anthropologie* în *Das Fischer Lexikon-Medizin*, I, 1966, p. 29—58.

Scanned with OKEN Scanner

b) În înțeles anglo-saxon, „antropologie“ (cu sau fără adjectivele *socială* ori *culturală;* în înțelesul francez tradițional: „antropologie etnică“) este *etnologie:* știința comparativă sau generalizatoare despre etnii, mai ales despre cele exotice (*Völkerkunde*, în limba germană).

După P. Christian, sensul deosebit pe care și-l pretinde antropologia medicală are rădăcini istorice mai vechi decît sensurile amintite (care s-au precizat în cursul secolului al XIX-lea): încă din epoca umanismului și a Renașterii, prin „antropologie“ se putea înțelege *doctrina geminae naturae humanae* (O. Casmann, 1600), învățătura despre „natura dublă“, spiritual-corporală a omului. Sensul acesta, orientat către specificul uman, este reînviat, în ultimele decenii, de către *antropologia filosofică;* disciplină care, în cadrul gîndirii de limbă germană, a fost întemeiată explicit în 1928 prin lucrările lui Max Scheler *(Die Stellung des Menschen im Kosmos)* și H. Plessner *(Die Stufen des Organisches und der Mensch).* Această „antropologie“ beneficiază atît de materialismul biologic aferent (comparația omului cu celelalte animale, mai ales pe linie comportamentală), cît și de cercetările psihologice, psihiatrice, „fenomenologice“ (în sensul lui Husserl), de filosofia culturii și de epistemologie.

În cadrul acestor căutări și al acestei orientări, sînt de deosebit:

1. direcțiile dualiste, în care medicina corpului este completată printr-o *psihologie medicală* de sine stătătoare sau în care se caută o legătură între ele (medicina psihomatică etc.);

2. direcțiile în care dualismul „corp-suflet“ este depășit sau ocolit din capul locului, cum sînt concepțiile fenomenologice și „existențiale“.

Scanned with OKEN Scanner

Primele sînt fructul reflexiei obiectivante și analitice, care ajunge să recunoască nu numai o structură somatică, dar și o structură în psihic (ex. psihanaliza). Această experiență discursivă și inductivă este de același tip ca cea din științele naturii. Ea duce la analiză, descriere, explicare, eventual stăpînire a fenomenului. Celelalte cercetează „intelectiv" *(verstehend)* și prin cotrăire *(Mitleben)*, actele umane și conținutul lor uman, semnificația *(Bedeutung)*. Ilustrativ este felul în care este înțeles corpul: ca obiect *natural*, în primul caz, susceptibil de analiză structurală (anatomia) și de analiză cauzală a proceselor (fiziologia); ele nu lămuresc comportarea umană, ci prezintă numai condițiile *posibilității* unei comportări. Pe de altă parte, *psihicul* este privit ca o abstracție, iar interacțiunea somato-psihică ridică probleme extrem de spinoase. Dimpotrivă, în direcțiile notate sub (2), corpul este privit în calitate de *corporalitate (Leiblichkeit)* a subiectului; desigur, organismul *trăiește*, dar, mai mult decît atît, el *există*, are relații semnificative cu mediul, cu ceilalți oameni, cu lumea. Omul există în lume ca o unitate, ca o corporalitate însuflețită și nu ca o compunere de corp și suflet.

Distincțiilor categorice ale lui Christian le putem aduce amendamente. Există elemente *specifice* și în biologia umană, *stricto sensu*. Calea „naturalistă" (nomotetică) de abordare a ființei umane nu este lipsită de înțeles pentru o medicină a specificului uman. Pe calea „obiectivă" se pot aborda și laturile social-istorice și culturale ale omului. La cele două direcții menționate se pot adăuga și altele, cum se va vedea mai departe.

Oricum, faptul că medicina umană nu este *biologie*

Scanned with OKEN Scanner

aplicată, ci *antropologie aplicată*, ar trebui să se impună ca o axiomă[6].

Printre conceptele fundamentale ale antropologiei găsindu-se *unitatea* și *unicitatea*, doctrinele biotipologice-constituționaliste pot fi cuprinse în cadrul direcțiilor medico-antropologice.

3. *MEDICINA BIOTIPOLOGICĂ*

Medicina biotipologică cuprinde orientările constituționaliste care au folosit sistematic gîndirea *tipologică*. Spre deosebire de „medicina persoanei", care pune accentul pe ceea ce este unic, individual, singular în bolnav, medicina biotipologică caută să contureze *tipuri constituționale* cărora le atribuie particularități morfologice, funcționale, de reactivitate, de predispoziție. Corelația dintre habitusul fizic și alte trăsături importante din punct de vedere medical a fost intuită de către medicina hipocratică și galenică (în doctrina umoralistă a temperamentelor), de către astrologie (tipologia zodiacală și planetară), de către gîndirea Renașterii (există un celebru tablou al lui Dürer indicînd cele patru temperamente), de către homeopatie etc.[7].

În medicina modernă, ea a fost anticipată de către cercetările școlii franceze de psihiatrie, care (cu Mo-

---

[6] V. Săhleanu, *Este medicina o ramură aplicată a biologiei?* „Contemporanul", 1965, nr. 14 (964), p. 7; vezi, de asemeni, *Dialectica metodelor în cercetarea științifică*, vol. II, Ed. științifică, București, 1966, p. 76—97 și 108—111.

[7] Vezi cele două volume ale lui I. Biberi, *Individualitate și destin*, Ed. Fundațiilor, 1945. Autorul, deși medic, nu privește problema de pe pozițiile medicinii, ci de pe pozițiile celui care urmărește cunoașterea individului singular *prin mijlocirea* biotipologiilor.

Scanned with OKEN Scanner

rel și Magnan)[8] au dus la exagerări ridicole: ideea după care psihozele și psihopatiile apar la indivizi cu tare *fizice* de „degenerescență". Ideea unei legături cvasi-specifice între *habitusul fizic* și *structura mentală* a fost urmărită de asemeni de școala italiană de „antropologie criminală" a lui Cesare Lombroso[9].

Școala constituționalistă italiană, care a popularizat și a refundamentat științific noțiunea de tip constituțional, își înscrie primele contribuții importante prin lucrările antropometrice ale lui A. De Giovanni (1880), continuate de G. Viola (1909): ele definesc extreme pe care le numesc *longitip* și *brachitip.* La longitip predomină măsurile verticale, membrele, toracele — el este un tip *microsplanchnic.* La brachitip predomină diametrele orizontale, trunchiul, abdomenul — el este un tip *macrosplanchnic.* Cele două forme constituționale bazale — brahiliniarul și longiliniarul — se regăsesc în majoritatea tipologiilor moderne.

Reprezentantul cel mai ilustru al școlii italiene este N. Pende, endocrinolog de mare prestigiu. În 1922, Pende dă numele de „biotipologie" științei care se ocupă de complexul manifestărilor vitale (de ordin anatomic, umoral, funcțional, psihologic), după al cărui diagnostic sintetic putem să recunoaștem tipul structural-dinamic al oricărui individ[10]. Așadar, biotipologia studiază caracterele particulare, prin care

---

[8] Vezi E. Régis, *Précis de Psychiatrie,* 6 ed., Ed. Doin, Paris 1923.

[9] *Frenologia* — ca studiu al psihologiei individului, bazat pe particularități *craniene,* a fost dezvoltată de F. S. Gall (1758—1828), J. K. Spurzheim și G. Combe. *Fiziognomia,* care se ocupă cu cunoașterea caracterului pornind de la trăsăturile somatice (în special ale feței), inițiată de Aristotel, a fost reintrodusă în gîndirea modernă de către J. G. Lavater (1778) și de E. Ledos (1894). Vezi B. del Boca, *Storia dell Antropologia,* Ed. Vallardi, Milano 1961, p. 152 ș.u.

[10] N. Pende, *Tratatto di Biotipologia umana, individuale e sociale,* Ed. Vallardi, Milano, 1939, cap. 1.

Scanned with OKEN Scanner

un individ se diferențiază de altul și se îndepărtează de *tipul uman abstract* (sau generic, sau convențional), al omului-specie, descris curent de anatomiști, de fiziologi, de psihologi și de statisticieni. În alți termeni, biotipologia este „știința arhitecturii și ingineriei corpului uman individual". Principiul de lucru al lui N. Pende este „o sinteză clinică, esențialmente intuitivă, dar totodată logică, din care face parte și judecata genetic-cauzală". Biotipul a cărui cunoaștere o urmărim este fenotipul, iar diagnosticul este concluzia *a posteriori* a unui examen complex și multilateral. N. Pende introduce noțiunea (mai puțin inspirată) de *piramidă biotipologică,* căreia-i descrie: o bază, alcătuită din patrimoniul ereditar; patru fețe (morfologică, dinamic-umorală, intelectuală și morală) și un vîrf — expresia sintetică a formelor și funcțiilor, *rezultanta*; aceasta înseamnă rezistență, caracteristici neuro-musculare, aptitudini, valoare reproductivă, valoare socială și valoare economică. Biotipul trebuie judecat în raport cu evoluția sa ontogenetică (ceea ce constituie sarcina *biotipologiei auxologice*); fiecare etapă a acestei evoluții (Pende deosebește unsprezece) este caracterizată printr-o *formulă endocrină-tip* care-i explică însușirile și manifestările somatice și psihice. Pentru nevoile practicii, *adulții* se pot eticheta, în primă aproximație, după proporții și după tonus corporal, în patru grupe: 1. longilinii stenici-tonici; 2. longilinii hipostenici-hipotonici; 3. brevilinii stenici-tonici; 4. brevilinii hipostenici-hipotonici.

N. Pende se ocupă și de *diateze*, înțelese ca „predispoziții morbide *totius substantiae*", opunîndu-le dispozițiilor morbide constituționale *localizate* care ar fi „constituții morbide parțiale". În timp ce boala uzuală reprezintă comportarea unei constituții normale în condiții excepționale, manifestarea diatezică este o reacție supărătoare a unei morfo-fiziologii anormale, la condiții normale ale vieții. Diatezele

Scanned with OKEN Scanner

acceptate de N. Pende sînt numeroase; le enumerăm: diateza limfatică, artritică (include pe cea litogenă și pe cea exudativă infantilă!), mezenchimală (abiotrofică, fibroplastică), neurovegetativă-endocrinopatică (cuprinzînd pe coloidoclazici-alergici, pe neuropatici și chiar pe distimici, pe labilii afectivi, pe psihopați, pe unii delincvențiali — amorali!), hemoragică, spasmofilă, canceroasă.

* * *

Clasificări morfotipologice — cu treceri nesimțite spre tipologie funcțională — au fost elaborate de *școala franceză*. Pentru Claude Sigaud (1908) variantele formelor omenești exprimă funcția cardinală fundamentală prin care organismul se inseră în ambianță. El distinge patru tipuri *france*, evoluate sau *eugenice*, care sînt și tipuri normale, sănătoase, frumoase: tipurile muscular, respirator, digestiv, cerebral. Fiecare tip include și predispoziția la boli ale aparatului ce deservește funcția cardinală, pentru că orice condiție nepotrivită a ambianței face să reacționeze mai întîi aparatul predominant. Alături de tipurile france, Sigaud adaugă *tipurile primitive* (primitivii „esențiali", dar și primitivii „regresivi", cum sînt degenerații). McAuliffe și Thooris iau în considerare următoarele criterii: stilul general arhitectonic; construcția (tare, slabă), modelajul suprafeței (plat, rotund, uniform, ondulat etc.).

Potențialul energetic al organismului, tonusul și expresia morfologică a reacțiilor la noxe îi permit lui R. Allendy să deosebească variate combinații între tipurile tonic-atonic și plastic-aplastic[11].

* * *

[11] R. Allendy, *Orientation des idées médicales*, Ed. Sans Pareil, Paris, 1929, p. 146, ș.u.

Scanned with OKEN Scanner

Contribuțiile *școlilor germane* la biotipologie sînt dominate de lucrările lui Ernest Kretschmer. Utilizînd o metodă intuitiv-empirică, ectoscopic-descriptivă; întrebuințînd antropometria numai ca procedeu adjuvant — Kretschmer a stabilit (1921) o tipologie foarte apreciată. Punctul de plecare este psihiatric. Psihozele sînt privite ca exagerări rare ale marilor grupe temperamentale, răspîndite printre oamenii normali[12].

Există, totodată, o corelație între forma corpului și tipul de temperament, respectiv de psihoză endogenă. Kretschmer distinge trei tipuri morfologice fundamentale, cărora le corespund și trei tipuri fundamentale de temperament, mentalitate, „caracter".

1. *Tipul picnic* se caracterizează prin cap rotund (frecvent cu chelie), față rotundă, gît scurt, în general brevilinearitate, trunchi plin și rotund, membre subțiri (cele inferioare fiind relativ scurte). Din punct de vedere psihic, picnicii sînt *sintoni* (Bleuler); reacționează ca persoană unitară, în general „în acord" cu ambianța; preocupați de aspectele concrete ale realității, sînt sociabili, comunicativi. „Empirici", ei sesizează totalitățile și relațiile; viața lor sufletească se desfășoară ciclic, între euforie și depresiune, prin perturbarea așa-numitei „proporții diatezice". Aceștia sînt ciclotimicii, varianta premorbidă fiind alcătuită din *cicloizi* iar cea morbidă, din *maniaco-depresivi*.

2. *Tipul leptosom* (cu varianta sa extremă: tipul *astenic*) se caracterizează prin fața ovoidă, uscățivă, gît lung, corp subțire, torace lung și plat, longilinearitate, adipozitate redusă. Din punct de vedere psihic, leptosomii sînt *schizotimi:* afectivitatea lor este

[12] E. Kutschmer, *Medizinische Psychologie*, Ed. 12, Ed. G. Thieme, Stuttgart, 1963; *Körperbau und Charakter*, ed. 12, 1936 și *Geniale Menschen*, 1929.

Scanned with OKEN Scanner

neunitară (coexistînd tendinţe diverse şi chiar antagoniste), atenţia este divizibilă; în general sînt reci, închişi, enigmatici, aparent indiferenţi la lumea din jur, sau chiar ostili faţă de mediu — aşadar nesociabili. Conduita este cîteodată neadecvată, bizară. Gîndirea lor este abstractă, cu capacitatea de a sesiza detaliile; au o oarecare predilecţie pentru neobişnuit. Viaţa sufletească a schizotimilor este complexă, proporţia de „elemente contrarii" se schimbă prin crize şi sacade (şi nu lin, prin ondulaţii, ca la sintoni). Oscilaţia se face între polul obtuz şi cel iritabil, între insensibilitate şi hipersensibilitate, între apatie şi afectivitate (prin perturbarea aşa-numitei „proporţii psihestezice"). Dintre leptosomi se recrutează mulţi teoreticieni, formalişti, sistematicieni, fanatici. Varianta premorbidă este alcătuită din *schizoizi*, iar cea morbidă, din schizofreni.

3. *Tipul atletic* se caracterizează prin corp înalt, de construcţie solidă; capul este brahicefal; corpul este bine proporţionat. „Radicalul constituţional" al vieţii lor psihice este (după Kretschmer şi Enke, 1935) „viscozitatea psihică": atletul este liniştit în mişcări, cumpătat, mai curînd greoi; imaginaţia este redusă, dar perseverenţa şi „aderenţa" sînt remarcabile; viaţa afectivă este liniştită, statornică; în general viaţa atletotimilor este ordonată, ceea ce însă nu exclude manifestările paroxistice *explozive*. Predispoziţia neuropatologică este către epilepsie; cea psihiatrică — către intemperanţă şi catatonie; cea somatologică — către reumatism, pneumonie, hiper-hipofizie.

Alături de aceste tipuri *normale*, Kretschmer deosebeşte tipuri *displastice*, dizarmonice, net anormale, submorbide sau chiar morbide — cum ar fi gigantismul eunucoid, infantilismul, adipozitatea distrofică sau poliglandulară.

Scanned with OKEN Scanner

După K. Conrad[13] trebuie să luăm în considerare două prototipuri ale alcătuirii corpului, *picnomorfismul* și *leptomorfismul*, ca și tendințe de creștere hipoplastice (astenice) și hiperplastice. Morbide sînt tendințele displastice, respectiv *dismorfe*.

S. Eitner[14] a arătat că tipologia lui Kretschmer devine mai maniabilă în cercetările medicale curente, dacă se face o „corecție pentru continuitate", deosebindu-se următoarele categorii: astenici, leptosomi, leptosomi-atletici, atletopicnici și picnici. Gruparea unei populații în aceste categorii duce la o histogramă gaussiană. Atletopicnicii ar reprezenta clasicul *habitus apoplecticus*. Îmbătrînirea — ca ritm, dar și patologia vîrstnicilor, sînt diferite după tipul constituțional.

*

* *

Printre alte contribuții ale școlii germane, menționăm lucrările fraților E. R. și W. Jaensch. Ei au pornit de la studiul sistematic al reprezentărilor vizuale și de la identificarea „tipului eidetic" (la care reprezentările au caracteristici apropiate de cele ale imaginilor consecutive) și au ajuns la o biotipologie. Deosebind indivizii după gradul de coerență și permeabilitate a structurilor psihice, ca și după orientarea vieții psihice, E. R. și W. Jaensch ajung la conturarea *tipului B* (basedovoid), cu integrare maximă „în afară", și la conturarea *tipului T* (tetanoid) cu integrare către interior (sau chiar dezintegrat). Tipurile *litice* (S) sînt, între altele, *Shy* (histericul) și *Shch* (schizoid). Există și un tip *D*, instabil. Aceste tipuri corespund nu numai unei constelații endocrine (și predispoziții) particulare, ci și unor fizionomii deosebite, și au relații statistice cu tipurile lui

---

[13] *Der Konstitutionstypus als genetisches Problem*. Berlin, 1941.

[14] S. Eitner, *Gerohygiene*, Ed. Volk und Gesundheit, Berlin, 1966.

Scanned with OKEN Scanner

Kretschmer (S — astenic, I — picnic, D — atletic). În unele variante premorbide există și semne de deficit, sau de leziune, ale regiunii hipotalamo-hipofizare[15].

*

* *

Cercetările *școlii americane* se centrează pe contribuțiile lui W. H. Sheldon[16] (de la 1926 înainte)[17]. Clasificarea formelor constituționale pe care o propune (și ajunge la 88 somatotipuri!) se bazează pe cele trei foițe embrionare (endoderm, mezoderm, ectoderm). Ființele umane se pot raporta la trei tipuri extreme: *endomorf* (tipul „visceral"), *mezomorf* (tipul cu sistem osteo-muscular și cardio-vascular bine dezvoltat), *ectomorf* (tipul zvelt, cu sistem nervos dezvoltat și sensibil). Endomorful este un tip rotund, afabil, iubitor de comodități, de spectacole și de tovărășie, curios și tolerant, satisfăcut de sine însuși, atașat de familie și de trecut etc. Mezomorful este un tip puternic și dur, iubitor de aventuri și de excitații, plin de energie, curajos, combativ și chiar agresiv, cu tendințe dominatoare, trăind mai ales în prezent etc. Ectomorful este slab și fragil, cu mișcări dizarmonice, cu reacții fiziologice vii, iubitor de singurătate, nesigur de sine, foarte sensibil la durere; este introvertit și egoist și așteaptă fericirea de la viitor.

Diagnosticul somatotipului se face folosindu-se o scară care merge de la 1 la 7. Tipurile extreme sînt,

---

[15] Vezi N. Mărgineanu, *Psihologia germană contemporană*, Cluj, 1934; W. Bowen, *Introduction à la caractérologie*, Ed. Rouge, Lausanne, 1946.

[16] Se pare că ele au fost inspirate de către lucrările italianului S. Naccarati efectuate la Universitatea Columbia din New York, în jurul lui 1920.

[17] Principalele lucrări ale lui Sheldon sînt: *The varieties of Human Physique; Varieties of Temperament* (1942); *Varieties of Delinquent Youth* (1949); *Atlas of Men* (1954) ș.a.

aşadar, notate prin 7.1.1., 1.7.1., 1.1.7. Scara este aplicată unor măsurători obţinute din 17 diametre ale corpului, rezumate în cinci grupe. Tipurile umane cele mai comune sînt în jurul formulelor 4.4.3. Este de menţionat că W. Sheldon reînvie obiceiul de a compara tipul fizic şi temperamental uman, cu o specie animală (obicei întîlnit la Della Porta, în secolul al XVI-lea şi mai ales la Lavater), vorbind despre tipul leopard, viespe, lup, leu de mare, balenă etc. Fiecăruia din cele 88 tipuri, W. Sheldon îi stabileşte frecvenţa în populaţia americană.

După Sheldon, *temperamentul* este amestecul a trei componente primare: viscerotonia, somatotonia şi cerebrotonia. Predominanţa viscerotoniei (legată de endomorfism) însemnează o viaţă orientată spre asimilarea şi conservarea energiei. Predominanţa somatotoniei (legată de mezomorfism) însemnează o viaţă orientată spre mişcare, spre utilizarea viguroasă a energiei. Cerebrotonia (legată de ectomorfism) se manifestă prin inhibarea exprimării viscerotonice şi somatotonice, prin hipersensibilitate. Viscerotonia este o orientare infantilă, somatotonia — una tinerească; cerebrotonia — una matură sau chiar „bătrînească".

*

* *

Analoagă biotipologiei lui Sheldon, doctrina lui M. Martiny[18] ia în considerare dezvoltarea ectoblastului, cordomezoblastului şi endoblastului.

Martiny ajunge la concluzia că patologia mintală este o patologie a *mixotipurilor*. Endo-mezoblasticul poate deveni un criminal sadic, ectocordoblasticul

[18] M. Martiny, *Essai de Biotypologie humaine*, Ed. Peyronnet, Paris, 1948; N. Pende et M. Martiny, *Traité de médecine biotypologique*, Ed. Doin, Paris, 1955.

Scanned with OKEN Scanner

este predispus la psihastenie, ecto-endoblasticul s-ar întîlni printre perverșii sexuali etc.

*

Autorii ruși și sovietici au dezvoltat puncte de vedere variate. Vivenius (1904) a deosebit tipurile: conjunctival, muscular, nervos, epitelial. Bogomoleț (1924) a propus o împărțire după starea țesutului conjunctiv (astenic, fibros, păstos, lipomatos). Bunak — pe baze antropometrice — deosebește un tip extrem *euriplastic* (corespunzînd brevilinului) și un tip *stenoplastic* (corespunzînd longilinului).

* * *

În medicina biotipologică actuală se acordă o însemnătate crescîndă *tipului de sexualizare*. J. Vague are meritul de a fi cercetat sistematic problema, relevînd incidențele patologice legate de polarizarea masculină și feminină sau de ambisexualitate[19]. Autorul francez a deosebit două tipuri de obezități: androidă (roșie, cu dispoziție în jurul centurii scapulare, constituită prin participarea corticosuprarenală) și ginoidă (albă, cu dispoziție abdomeno-pelviană, constituită prin participare estrogenă). Obezitatea androidă, ca și notele de virilism la femeie, predispun la arterioscleroză, hipertensiune, diabet zaharat, gută. J. Vague a mai arătat că printre bărbații ginoizi există, cu o frecvență semnificativă — homosexuali.

* * *

Medicina biotipologică[20] reprezintă o direcție de reconsiderare a unității somato-psihice a individului,

---

[19] J. Vague, *La différenciation sexuelle humaine: ses incidences en pathologie*, Ed. Masson, Paris, 1952.

[20] Șt. Milcu o numește *antropologie clinică*; cf. Șt. Milcu și C. Maximilian, *Introducere în antropologie*, Ed. științifică, București, 1967, p. 257—287.

Scanned with OKEN Scanner

punînd accentul pe *teren*, pe „patibilitatea“ (predispoziţia) particulară. Ea se diferenţiază *metodologic* prin aplicarea sistematică a metodei tipologice, metodă *ştiinţifică* înrudită cu metoda clasificării, dar şi cu procedeele de tipizare folosite de către artişti[21]. Rădăcinile tipologiilor sînt în majoritate intuitiv-empirice (nu orice asociere de caractere alcătuieşte un tip; această asociere trebuie să fie pregnantă, consistentă şi semnificativă). Spre deosebire de clasificare (care alcătuieşte *grupări* la care indivizii aparţin în exclusivitate), procedeul tipologic duce la imagini *„ideale“, de referinţă,* la care raportăm indivizii concreţi (care pot „aparţine“ simultan la mai multe categorii tipologice, adică pot fi tipuri intermediare şi mixte). Un procent însemnat de indivizi nu sînt „clasificabili“ din punctul de vedere al tipologiilor. După Viola, 60% dintre noi sîntem „mixotipi“ sau „normotipi“ (mediolini etc.).

Diagnosticul biotipologic odată făcut, *corolarele* clinice nu sînt decît prezumpţii. Toate corelaţiile dintre aspectele somatic, visceral, psihic etc. ale unui biotip sînt legături *statistice*, care se verifică numai pe grupe mari, existînd numeroase excepţii în cazuri individuale. Această situaţie nu anulează valoarea gîndirii biotipologice în medicină, care rămîne o cale de a găsi puncte de reper pentru a ne orienta în marea variabilitate interindividuală. Meritul principal al gîndirii biotipologice este de a fi contribuit la substituirea noţiunii *abstracte* de „om în genere“, prin abordarea *diferenţiată* a biologiei şi psihologiei umane. Însăşi „norma anatomică“ trebuie diferenţiată după tipul de *habitus* fizic.

---

[21] Leptosomul şi picnicul sînt prezentaţi de Cervantes în personagiile Don Quijote şi Sancho Pança, Vezi: V. Săhleanu, *Metoda tipologică*, în vol. *Dialectica materialistă, metodologia generală a ştiinţelor particulare*, Ed. Academiei R.P.R., 1963, p. 395—406.

Scanned with OKEN Scanner

O înțelegere *nebiologică* a *biotipologiilor* a fost absolutizarea elementelor de relativă constanță și a participării eredității la edificarea individului.

S-a criticat faptul că multe biotipologii au pornit de la patologie. În realitate, punctul de plecare clinic reflectă numai *pregnanța* cu care boala face să apară unele aspecte pe care starea de sănătate le estompează. Mai gravă (și mai îndreptățită) este obiecția după care unele tipuri constituționale nu reflectă *predispoziții* la boală, ci *efectele* unei boli (de ex. așa-numitul *habitus phtisicus*). Diferitele biotipologii nu sînt întrutotul superpozabile.

Școala italiană a încercat să dea o explicație *biologică* pentru apariția variantelor fundamentale, care să justifice totodată tipologia unidimensională bipolară pe care a adoptat-o. Anume, s-a admis că tipul orizontal este hipoevoluat, predominant vegetativ, cu orientare vagotonă (trofotropă) și gregară (sintropă). La celălalt pol, tipul vertical (leptosom) manifestă predominanța diferențierii și a vieții de relație, cu orientare simpaticotonă (ergotropă) și introvertă (idiotropă). Starea mijlocie este ambitropă și ambivertă. Cercetări recente (Eitner ș.a.) au arătat că schematizarea propusă nu este corespunzătoare realității; de obicei, „aripa dreaptă", atleto-picnică, are o orientare ergotropă. Dealtfel, antrenamentul poate provoca disocieri între constituția morfologică și reactivitatea fiziologică.

Un alt merit însemnat al gîndirii biotipologice este sublinierea rolului integrativ, morfogenetic, modelator, psihotonic etc. al *glandelor endocrine*. Relațiile strînse dintre glandele endocrine și constituție au fost postulate de către C. I. Parhon și Goldstein încă din 1900.

Pentru a evita confuzia între *sindromul* endocrin și *constituția* endocrină, Șt. Milcu și M. Drăgușanu au propus — pentru ultima eventualitate — terme-

Scanned with OKEN Scanner

nul de *hipertonie*: tiroidiană, hipofizară, suprarenală etc[22].

Punctul de vedere endocrinologic în biologie a întemeiat cele mai optimiste propuneri de ameliorare — prin medicină — a *firii* omenești (Parhon, Pende).

De fapt, în determinismul unui *facies* endocrin, nu intervine numai cuantumul de hormon secretat, ci și receptivitatea periferică la hormoni, determinată nervos și genetic.

Pe de altă parte, concepția modernă în fiziologia endocrină pune tonusul secretor al glandelor „periferice" (tiroidă, gonade, corticosuprarenale) sub controlul complexului hipotalamo-hipofizar. Hipertonia tiroidiană ar fi, astfel, o hipertonie de hormon hipofizar tireotrop etc. Ch. Richet și Maranon (1947), C. Belciugățeanu (1948) au argumentat teza după care constituția este controlată de către hipotalamus[23].

Poate că ar trebui luată în considerare și participarea *cortexului* cerebral în determinismul dinamicii constituției și al fizionomiei.

Subliniem relațiile complexe între formula cromozomială, formula endocrină și constituția sexuală. Se poate spune că biotipurile fundamentale ale speciei sînt pur și simplu *sexele*. Pregnanța sexualizării este ea însăși un criteriu de tipologie, cu implicații psihologice, dar și în patologia generală.

Gîndirea biotipologică a influențat medicina românească din preajma celui de al doilea război mondial (în special școala medicală, școala antro-

---

[22] Șt. M. Milcu și M. Drăgușanu, *Terenul endocrin al populației satului Bătrîna*, în *Cercetări antropologice în Ținutul Pădurenilor*, Ed. Academiei, București, 1961, p. 247.

[23] În *teza* sa de absolvire susținută la Facultatea de Medicină din București (1948), Belciugățeanu sugerează că leptosomii-schizotimi sînt indivizi cu *insuficiență* hipotalamică. Vezi: V. Săhleanu și M. Măicănescu-Georgescu, *Introducere în sexologia masculină*, Ed. Medicală, București, 1966, p. 128—140.

Scanned with OKEN Scanner

pologică și școala psihologică de la Cluj)[24]. În renașterea gîndirii biotipologice, endocrinologiei și sexologiei i-au revenit un rol însemnat: dar un rol similar poate să-l joace și igiena. S. Eitner[25] a susținut recent (1966) că neglijarea biotipologiei poate să ducă la interpretări false în medicina socială (atribuim unui factor de mediu, o importanță etiologică pe care n-o are etc). De pildă, există o corelație certă între hipertensiune și munca de răspundere; dar posturile de răspundere sînt ocupate mai ales de către picnici și atletopicnici, predispuși oricum la această boală. Medicina constituționalistă și biotipologică introduce punctul de vedere al medicinii *individuale* în igienă și în medicina socială.

4. *„TEORIA ORGANISMULUI" LA K. ROTHSCHUH*

K. Rothschuh și-a propus să elaboreze o „antropologie medicală", o *teorie* despre om pentru uzul medicinii *practice*. Ideea principală a sistemului său de gîndire este următoarea: organismul uman nu poate fi înțeles deplin (adică nu poate fi înțeles corect) dacă nu se ține seama, pe lîngă fiziologie, de *psihologic* — și pe lîngă aspectele normale, de as-

---

[24] A. Dimolescu, *Constituție, caracter, temperament*, Tip. Arta, București, 1931; S. Cupcea, *Constituție morfologică și etate*, Tip. Cartea Românească, Cluj, 1939; V. Preda, *Experiența antropologică și determinismul manifestărilor umane*, Tip. Dacia-Traiană, Sibiu, 1941; V. Preda, *Tratat elementar de antropologie*, Tip. Dacia-Traiană, Sibiu, 1947; I. Hațieganu și I. Goia, *Tratat elementar de semiologie și patologie medicală*, Ed. 3, Tip. Cartea Românească, Cluj, 1940; T. Pascu, *Factorul constituțional în medicina internă*, în „Actualități de Patologie Medicală", Cluj, 1948, p. 9.

[25] S. Eitner, *op. cit.*, p. 143 și 174.

Scanned with OKEN Scanner

pectele *morbide*. „Nici un model valabil de organism nu poate ignora fenomenul boală“[26].

Încercarea de a caracteriza viața cu ajutorul conceptelor clasice (sau curente) ale logicii — duce la nenumărate contradicții. Organismul ne apare spontan dar și „suportînd“ influențele mediului, activ și totodată pasiv, organizat ca întreg (totalitate) dar cu părți autonome, posedînd o reglare uimitoare dar și „patibil“, adică susceptibil de a se îmbolnăvi. S-a încercat să se depășească această situație făcîndu-se apel la pseudo-explicații vitaliste sau — în ultima vreme — la considerente microfizice. În realitate, caracterul „dual“ al vieții ține de faptul că, în organism, întîlnim atît relații cauzale cît și relații specifice de ordonare. Primele alcătuiesc *biotehnica*. Pentru nenumărate procese organice cunoscute, cauzalitatea este „valabilă“; legile fundamentale cauzale sînt aplicabile și în *Bios*, la *fragmente* de procese și de activitate. Însă, în afară de biotehnică (adică de studiul *necesității* cauzale a ceea ce se întîmplă în sistemele vii) trebuie să ținem seama de organizarea (biochimică, morfologică, funcțională) a *organismelor*, organizare semnificativă; deci și de *sensul* „vital“ al proceselor din organism. Înțelegerea deplină este înțelegerea „sensului necesității“. Relațiile de ordonare specifică a mecanismelor cauzale, în slujba conservării și apărării vieții, sînt denumite *relații bionome*. Conceptele pe care le folosim în acest sector caracterizează coacțiunea și potrivirea reciprocă a termenilor cauzali: coordonare, funcție, activitate, regenerare, adaptare etc. Semnificația și sensul biologic *(Bedeutung, Sinn)* se referă la contribuția adusă (de părți, sau activități) sistemului de referință, care este tocmai ansamblul. Vorbim despre concordanță sau (în caz de coacțiune) de corespon-

[26] K. E. Rothschuh, *Theorie des Organismus*, ed. 2. Ed. Urban-Schwarzenberg, München-Berlin, 1963, p. 42.

denţă: de *congruenţa* detaliilor morfologice, de *covalenţa* intensităţii proceselor, de *consonanţa* calităţilor, de *asociere* în cazul potrivirilor spaţiale (ortotopie), de *coincidenţă* în timp (ortocronie). Organismul este un *sistem bionom:* fiecare *proces* biologic se lasă analizat ca biotehnică şi ca semnificaţie bionomă. Mecanicismul — soluţie insuficientă — se poate defini prin pretenţia (nejustificată) după care analiza cauzală (biotehnică) este suficientă, după care legitatea cauzală este singura legitate. Dar bionomia nu este interpretare *(Deutung),* ci stabilire descriptivă controlabilă *(Feststellung).*

Important de subliniat este faptul că aceeaşi semnificaţie bionomă poate să „subordoneze" mecanisme biotehnice diferite, de la o specie la alta: dobîndirea hranei, reproducerea, apărarea antimicrobiană pot fi realizate concret printr-o multiplicitate diversă de mecanisme bionome.

Aprofundînd aspectele de amănunt ale organizării biologice. K. Rothschuh precizează că aparatele apte pentru activitate apar ontogenetic (de obicei) cu mult înaintea intrării lor în funcţiune; că menţinerea lor în stare adecvată consumă multă energie; că *restabilirea* funcţionalităţii lor, după reacţie, necesită de asemeni energie *(funcţii trofotrope,* somn); că funcţiile sînt *asigurate;* că *adecvarea* funcţiei la nevoi (calitativă şi cantitativă) se produce prin mobilizare de energie, substanţe, rezerve; că în tot ceea ce face, organismul respectă un principiu de *economie* (reducerea risipei) şi un principiu de „dignitate" (de exemplu, organele vitale ca inima şi creierul sînt implicate abia final în disoluţia de foame) etc.

Cu privire la *structura* organismului, Rothschuh subliniază faptul că unitatea nu se structurează *aditiv.* Etajele succesive prezintă complexe, agregate şi sisteme coactive.

Cu privire la *dinamica* organismului, Rothschuh deosebeşte procese *autoactive* (de exemplu, automa-

Scanned with OKEN Scanner

tismele ritmice în unii receptori, în unii ganglioni etc), procese *reactive*, procese *declanșatoare* și procese „susceptibile". Cele trei aspecte *esențiale* sînt *autoactivitatea*, *reactivitatea* și *labilitatea*. Prin *reacție* trebuie să înțelegem numai *desfășurarea activității proprii*, alimentată energetic din resurse proprii. Reacția are un *sens bionomic* atunci cînd este pusă în mișcare de declanșatori adecvați. Cînd întreg organismul este implicat în răspuns, vorbim despre *comportare*.

Diviziunea muncii fiziologice are ca rezultat o relativă autonomie a părților; necesitățile funcționale ale ansamblului pretind, de aceea, o anumită *organizare funcțională*. Se pot recunoaște trei *principii de conexiune* între părți: asocierea (anatomică), coordonarea (funcțională *orizontală*, pe același nivel de activitate) și integrarea (funcțională *verticală*, mergînd pînă la comanda centrală).

Procese de reglare există la toate nivelele de organizare. Prin acest termen trebuie să înțelegem mecanismele biotehnice (cum ar fi cele cibernetice: „circuitele" reglatoare în *feed-back* etc). *Regulațiunea* este, dimpotrivă, un concept bionom. Unele regulațiuni asigură constanța condițiilor de funcționare (de ex., cele homeostatice); altele răspund la solicitări (*acomodările* — care sînt de scurtă durată, și *adaptările* — cu schimbarea regimului funcțional și, eventual, a morfologiei). Alte regulațiuni sînt cele legate de *apărare* (regulațiuni *filactice:* activități protective, nocifensive, defensive). Autorul deosebește *profilaxiile* (care țintesc neutralizarea și îndepărtarea noxelor cauzale) și *metafilaxiile* (care subsumează procese de vindecare: coagulare, imunitate, regenerare, reparare, cicatrizare).

* * *

Pentru că numai organismul viu este locul de manifestare al psihicului și pentru că *bios*-ul este pre-

Scanned with OKEN Scanner

misa de apariţie pentru *psyché*, este natural să căutăm temeiurile psihicului în *biologic* (şi nu invers, cum o fac vitaliştii). Ceea ce este sufletesc ne apare nemijlocit; este *experienţa internă*, „subiectivul" cunoscut direct doar subiectului (şi indirect — numai prin analogie).

În analiza sa critică K. Rothschuh se rezumă în mod deliberat la trăirea interioară *conştientă*.

Soluţia pe care o propune autorul la vechea problemă a relaţiei dintre suflet şi corp este *omologia viaţă-suflet* în cadrul conceptului de ordonare bionomă. K. Rothschuh respinge teoria paralelismului psihofizic. „Viaţa interioară" este aspectul *subiectiv* al unor desfăşurări bionome *obiective*. În lanţul biotehnic, nu există loc pentru *o verigă psihică. Nu există însă* — susţine autorul — nici *interacţiune psihic-somă*. Între *viaţă* şi suflet este corespondenţă *(doctrina paralelismului parţial bionom)*; procesele psihice sînt analoagele *subiective* ale unor „matriţe de excitaţie" din creier; aceste „matriţe" sînt cele care joacă rolul activ în comportare. Sufletul nu este *causa efficiens*, ci numai *qualitas accidens*.

Pe scurt, se poate vorbi de *psihonomie*, omologă *bionomiei*.

*
* *

Patologia teoretică face parte integrantă din teoria organismului şi sarcina ei este de a „face inteligibilă posibilitatea bolii". Ea poate fi împărţită în mai multe teorii parţiale, dintre care citãm: teoria relativei nedesăvîrşiri (incompletitudini, imperfecţiuni) a organismului, teoriile despre îmbolnăvire, teoria higiogenezei (a însănătoşirii), psihopatologia generală. Rothschuh observă că teoriile care pun accentul pe morfologie (leziune) sau pe biotehnică — au dus deseori la *pesimism* terapeutic, în timp ce teoriile care pun accentul pe bionomie (care au încredere în

Scanned with OKEN Scanner

forțele de vindecare ale organismului) sînt un izvor curent de *optimism*.

Dacă organismul ar fi „desăvîrșit", boala n-ar fi posibilă. Susceptibilitatea la boală (patibilitatea) este datorită, în primul rînd, faptului că organizarea bionomă își are „limitele" sale; sistemele vii nu sînt sisteme perfecte, ci sînt „bune atîta cît este necesar". De observat că adecvarea intraorganismică (între organe) este de obicei mai bună decît adecvarea organismului la mediu. Cui se datoresc „limitele" de rezistență și echilibrare ale organismului? Mai întîi, organizarea bionomă este condiționată și *dependentă* de împrejurări; în lipsa unor circumstanțe potrivite, organizarea bionomă este perturbată. Apoi, în perspectivă filogenetică, individul nu este *scop în sine*, ci *mijloc* de transformare și evoluție a speciilor; ca atare, îmbătrînirea, boala, moartea, „fac loc" pentru forme tot mai perfecționate. Mai departe, evoluția nu poate evita fixarea și a unor detalii întîmplătoare, lipsite de semnificație bionomă. Unele avantaje adaptative, dobîndite prin evoluție, au și un *revers* dezavantajos (exoscheletul este *rigid*, ca și instinctul; unele achiziții de performanță pot însemna o patibilitate crescută). Complexitatea organizării bionome face ca *realizarea* ei ontogenetică să fie cu ușurință tulburată (malformații etc). Patibilitatea organismului vine și din aceea că acesta este un sistem (parțial) deschis influențelor mediului, alcătuit (compozițional și structural) dintr-un material de construcție foarte sensibil, foarte perturbabil din cauza împărțirii activității în multiple elemente (astfel sînt și mai numeroase posibilitățile de deranjare și este *mai necesară* interordonarea fină și precisă). Conexiunea anatomo-funcțională între părți este, în sfîrșit, premisa difuzării tulburării în organism. Se poate spune că organizarea este o premisă a patibilității; dar și că boala este o urmare și o expresie a dezorganizării. Boala este un proces bionom, mai curînd decît unul

Scanned with OKEN Scanner

biotehnic; este un proces *disbionom*. „Patologia este biologie în condiţii de dezorganizare". Manifestările de boală sînt manifestări în care biotehnica *merge orb*, procesele altădată utile devin inutile sau dăunătoare (de exemplu, regulaţiunea metafilactică *poate ucide*, ca în şocul anafilactic). Nu putem vorbi de *parabiotehnică*, dar este necesar să vorbim de parabionomie[27]. Multe procese parabionome au fost denumite altădată *disteleologii* şi au fost folosite ca argumente împotriva interpretărilor vitaliste.

Factorii şi condiţiile dezorganizante alcătuiesc *etiologia*. Procesul primar de dezorganizare este *patokineza*. Manifestările consecutive, secundare, alcătuiesc *patogeneza*. Viziunea asupra bolii este dinamică: autorul vorbeşte despre *procesul patic*. Leziunii i se acordă o importanţă secundară: structura este un document istoric al unei deveniri; ea este *teatru* sau „loc" de reacţie; dar poate interveni (ca ulceraţie sau cicatrice, de exemplu) în patogeneză. *Leziunea are o semnificaţie patogenetică şi nu patokinetică*. Dar — din punct de vedere practic — patogeneza este mai importantă decît patokineza.

Procesele care se opun bolii sînt procese *antipatice*. Printre ele sînt şi filaxiile, care au ca „scop" apărarea funcţiilor. Rezistenţa organismului este un concept bionom, un termen pentru suma activităţilor filactice; ea nu este o „forţă" în sensul fizicii.

Cît despre *higiogeneză*, ea este privită ca o reorganizare funcţională şi ca o restituţie morfologică. Intervenţia medicală este o colaborare la higiogeneză.

K. Rothschuh este consecvent punctelor sale de vedere şi atunci cînd ia în considerare *nevrozele*. Interpretărilor psihanalitice sau psihosomatice, el le opune o fiziodinamică a nevrozelor, pe care le caracterizează ca pe „ataxii" ale instanţelor centrale de

---

[27] J. H. Schultz (1963) — influenţat de primele lucrări ale lui Rothschuh — vorbea despre abionomie sau/şi despre *antibionomie*.

integrare. Asemenea dezintegrări cerebrale pot fi analogate cu tulburările funcționale cardiovasculare — deci exprimă parabionomia unor reacțiuni nervoase.

* * *

Terapologia, adică teoria despre metodele de vindecare, poate fi reexaminată din aceleași puncte de vedere. Există o terapie fundamentată pe cunoașterea relațiilor cauzale: tratamentul etiotrop (care se adresează verigii inițiale), cel patogenic (care se adresează verigilor intermediare), cel simptomatic (care se adresează verigii finale a lanțului biotehnic). Există însă și o terapie fundamentată pe cunoașterea relațiilor bionome: tratamentul „holotrop" și „adaptotrop"[28]. În mare măsură „holotropă" este terapia care țintește o corectare mijlocită, neorientată — de stimulare și cruțare (în care intră și reflexoterapia, fizioterapia etc). Participarea naturii și a mediului la succesul terapeutic este variabilă de la caz la caz. În cazurile de urgență, sau atunci cînd se cer îndepărtate noxele (ex. spălătura gastrică), sau factorii perturbanți ai vindecării (ex. în deschiderea unui abces), medicul este un *magister naturae*, el acționează nemijlocit biotehnic, după principiul *cessante causa, cessat efectus*. În multe cazuri însă *natura sanat, medicus adjuvat* (sau *medicus naturae non magister, sed discipulus):* luăm în considerație, în primul rînd, organizarea funcțională bionomă.

* * *

După cum s-a observat, autorul construiește ceva mai mult decît un model al organismului *animal;* concepția sa este o „antropologie experimental-știin-

[28] K. E. Rothschuh, *Prinzipien der Medizin*, Ed. Urban-Schwarzenberg, München-Berlin, 1965, p. 206.

ţifică", dar *în primul rînd* o antropologie *biologică*. Specificul uman este prezent prin legarea bolnavului de cinci complexe condiţionate: ţesătura *(Gefüge)* corporală; cea psihică (sufletească); corelaţia psihosomatică; influenţele mediului fizic şi biologic *(Umwelt);* influenţele mediului psihic-social. *Multicondiţionalitatea* omului impune să privim această fiinţă ca pe o fiinţă vie dar şi ca pe o fiinţă capabilă de trăiri (*Menschen als Lebewesen* — dar şi — *Mensch als erlebenden Wesen).* Cercetarea corporalităţii şi a *Umwelt*-ului este obiectivizantă, explicativă, după metodele ştiinţelor naturii; cea a vieţii psihice şi a *Mitwelt*-ului este subiectivizantă, individualizantă, interpretativă. Esenţială este însă, pentru Rothschuh, *analiza corporală* şi analiza *cauzală*. Pentru că, în viziunea sa, psihicul este numai un „fruct al arborelui vieţii" şi nu posedă eficienţă, *psihogenezei* şi sociogenezei bolilor nu li se acordă spaţiul cuvenit. Nici psihoterapia nu este perfect integrată în *terapologia* sa. Psihoterapia este privită mai ales ca mijloc terapeutic în psihiatrie, iar întemeierea sa ştiinţifică este căutată în teoria informaţiei.

5. *PSIHANALIZA*[29]

Psihanaliza, întemeiată de S. Freud în jurul anului 1900 este, schematic vorbind: 1) o concepţie despre structura şi despre dinamica psihicului uman; 2) o teorie despre etiologia şi patogenia nevrozelor; 3) o metodă terapeutică a acestora, bazată pe explorarea straturilor profunde, inconştiente, ale personalităţii. Viaţa psihică este perturbată, influenţată sau chiar dominată de tendinţele inconştiente: acestea

[29] A se vedea: V. Săhleanu şi I. Popescu-Sibiu, *Introducere critică în psihanaliză*, Ed. Dacia, Cluj, 1972.

Scanned with OKEN Scanner

sînt de esență instinctuală (pulsională), își caută gratificație (se orientează după „principiul plăcerii"), dar sînt contrariate de către normele vieții sociale, interiorizate ca norme morale, ca și de considerente de prudență (acestea alcătuiesc componente ale „principiului realității"). Psihicul uman poate fi conceput ca fiind alcătuit din ansamblul pulsiunilor *(Es, Id)*, din instanțele care i se opun *(Super-Ego)* și din *Ego*, instanța de reglare și compromis, ce urmărește satisfacerea, în limitele posibilului, a acestor tendințe, armonizîndu-le cu interesele durabile ale individului. Aceasta este, în esență, o viziune dinamică, dacă prin „dinamic" înțelegem forțe în conflict *(psihologie dinamică)*. Pentru că psihanaliza este o psihologie a „adîncurilor" sufletești, ea mai este caracterizată și ca o psihologie abisală; S. Freud o numea *metapsihologie*.

Se admite că lumea pulsiunilor noastre este dominată de *libido sexualis* (ceea ce ar însemna „pansexualism" — dacă prin *libido*, Freud n-ar înțelege o tendință spre a dobîndi voluptăți, ca semn al detensionării, și nu sexualitate genitală!). Abuzul, contrarierea, traumatismele psihice din acest sector — joacă rolul dominant în nevroză și tulburări psihogene viscerale. Excesul de activitate sexuală determină *neurastenia;* tensiunea care nu-și găsește relaxare, determină *nevrozele*. Printre simptomele organice determinate în acest fel, vom reține: a) unele tulburări vegetative, cardiocirculatorii, care nu fac decît să mimeze cortegiul vegetativ ce însoțește excitația sexuală și actul sexual; b) complexul simptomelor senzoriale (anestezii etc.) și motorii (paralizii etc.) din histerie. Aici cheia pentru înțelegerea lor este interpretarea simbolică. Astfel, paralizia histerică a unei mîini poate fi privită ca o „autopedepsire" pentru tendințe masturbante, sau însăși mîna poate avea „semnificația" organului genital. În ambele eventualități, simptomul organic are *specificitate*.

Scanned with OKEN Scanner

O a treia cale de întîlnire a psihopatologiei nevrozelor cu patologia generală privește *consumul energiei nervoase* inerent proceselor de refulare, conflictualității interioare etc. El se poate repercuta asupra rezistenței nespecifice a organismului. Invers — surmenajul, boala, traumatismul psihic pot slăbi forța de dirijare a *Ego*-ului, astfel încît, la persoanele cu conflicte latente, o cauză somatică oarecare (nespecifică) poate *dezechilibra* durabil viața psihică.

O caracteristică a psihanalizei este *stricta individualizare* în ce privește etiologia, patogenia, terapeutica. *Biografia* individului este cheia explicației genetice a cazului și de obicei sînt căutate antecedente din copilărie sau din prima copilărie, care nu pot fi descoperite decît prin mijloace indirecte (analiza viselor, analiza asociațiilor libere de cuvinte etc). Ca principale metode psihoterapeutice, psihanaliza folosește nu atît liberarea prin mărturisire *(catharsis)*, cît aducerea în conștiință a materialului refulat și *„transferul"*, stabilirea unei legături psihice *sui generis* cu persoana medicului, care mimează relațiile cu părinții, din prima copilărie. Psihanaliza vizează *restructurarea* personalității printr-o *maturizare* a ei, ca o antrenare a toleranței la frustrație și o eliberare a sexualității genitale de tip adult.

S. Freud s-a mărginit să cerceteze fenomenele care au un determinism *intrapsihic*. Deși și-a început cariera ca neuro-anatomist și neuropatolog, el a acordat o atenție minimă cauzelor somatice ale bolilor psihice.

În ipoteza că procesele cercetate ar fi de natură biochimică, Freud a ridicat problema dacă perturbările produse de insatisfacțiile sexuale nu ar fi, în fond, autointoxicații! Străduințele sale au mers însă spre extinderea, la lumea inconștientului (pe care o socotea imensă), a unor principii de interpretare (motivaționale etc) valabile în sfera conștientului.

Scanned with OKEN Scanner

Verificabilitatea strictă a tezelor psihanalizei este imposibilă. Nici rezultatul tratamentului nu poate fi, aici, un argument peremptoriu, deoarece psihoterapia are un mare coeficient de nespecificitate. În acest sector trebuie să ne mulțumim cu *plauzibilul* și cu *fecunditatea* tezelor pentru generarea unor ipoteze de lucru interpretative, Verificabilitatea este îngreunată și de faptul că, în accepție freudistă, inconștientul nu cunoaște nici cronologie (principiul succesiunii), nici „logică". Psihanaliza proclamă principiul ambivalenței (orice sentiment este *însoțit* de sentimentul opus). Astfel, o tendință erotică subconștientă se poate manifesta prin ură (sentimentul opus); tendințele individului pot fi proiectate asupra altora (cel care urăște poate acuza pe alții că îl persecută).

În „viziunea" lui S. Freud s-au distins, pe bună dreptate, ingredientele: umanism, iluminism, naturalism, romantism. Naturalismul său este expresiv pentru mijlocul și pentru cea de a doua jumătate a secolului al XIX-lea: materialist-mecanicist, strict determinist, biologizant. Viața sufletească pe care o descrie este a unui „om în genere" care este o variantă a unui *homme machine* cu funcționare chimic energetică. Pulsiunile sexuale își au rădăcina în modificări chimice (poate hormonale), ele „încarcă" organismul cu tensiune; satisfacerea lor este o „descărcare" resimțită ca plăcere. Modelul acesta este, aproape, un model hidraulic! Lipsa de descărcare poate conduce energia pe alte căi, somatice sau viscerale, provocînd simptome de conversiune și stări afective. Repartiția energiei pulsionale în organism ascultă de o contabilitate a *economiei* (parcimoniei) și a investițiilor limitate; de aceea s-a spus că *homo naturalis*, mai bine zis *homo sexualis* al lui S. Freud este o variantă a lui *homo oeconomicus*, din „viziunile" antropologice burgheze. Biologismul său este un „zoologism instinctualist", sub semnul unei con-

Scanned with OKEN Scanner

cepții *hedoniste*. Este și un „fiziologism". Dar psihanaliza freudiană s-a dezvoltat prin netă opoziție față de punctele de vedere „anatomiste" și „neurologiste" ale vremii sale, care căutau să explice viața psihică pornind de la localizările cerebrale — și aceasta nu din ignoranță (căci S. Freud era un competent neurolog și un fin anatomopatolog al creierului).

Amprentele unui *Weltanschauung* influențat de filozofia curentă a epocii sale și de poziția social-istorică a lui S. Freud se vădesc și în individualismul „omului-model" pe care-l descrie, care n-are nevoie de alți oameni decît pentru satisfacerea tendințelor sale pulsionale: copilul are nevoie de mamă, adultul — de un partener sexual. Societatea ca atare, societatea creatoare de cultură și civilizație, normînd activitatea indivizilor, obligă la reprimarea pulsiunilor (*refulare* în inconștient) ceea ce generează o stare incurabilă de disconfort *(Unbehagen)* și de nefericire. Conflictul este iremediabil. Pulsiunile se pot satisface, însă, deghizat, simbolic, și în vis, reverie (fantasme) sau activități utile *(sublimare)*. Motorul realizărilor umane nu este aspirația, ci detensionarea pulsională. Capacitatea de *simbolizare*, care este specific umană — și asupra căreia a insistat S. Freud atît de mult — salvează psihanaliza de „animalism". Pe de altă parte rolul efectiv atribuit fantasmelor și dinamicii intrapsihice, opune psihanaliza „somatismului" majoritar din medicina vremii sale, care nu se ocupa decît de organe și decît de conexiunile lor fiziologice: încă o trăsătură „antropologică" a antropologiei freudiene.

După primul război mondial, sistematizarea freudiană a pulsiunilor se schimbă, nuanțele pesimiste devin manifeste, sublinierea *iraționalității* funciare a comportamentului uman este îngroșată; biologismul său devine oarecum vitalist și metafizic, opunînd tendințe constructive, de unificare *(Eros)*, tendințelor

Scanned with OKEN Scanner

destructive, agresive, mortificatoare *(Thanatos)*. Acum, S. Freud, deosebește „instincte ale vieții", cuprinse sub eticheta (lărgită) de *libido* — și „instincte ale morții" *(mortido)*.

Libido este „energie vitală" care își găsește expresia cea mai caracteristică în pulsiunea sexuală. S. Freud admite o *evoluție ontogenetică a libidoului:* anumite părți ale corpului și anumite organe devin, succesiv, punctul său de aplicație predilect *(faza orală* — la sugari; *faza anală* la copilul care învață să-și stăpînească sfincterele; *faza genitală,* la adult).

Exagerarea „pansexualistă" are totuși un sîmbure rațional: însemnătatea proceselor de sexualizare, a fiziologiei organelor genitale, a pulsiunii sexuale, a eroticii, a vieții sexuale este foarte mare, în viața omului, pe latură psihică și somatică totodată.

*

În afară de *psihanaliza ortodoxă* (freudiană, cu numeroase elemente dogmatice și unilaterală), avem de luat în considerare cîțiva „discipoli, revizioniști și reformiști" care se încadrează în vasta *mișcare psihanalitică*[30].

1. W. Stekel a pus în lumină importanța conflictului psihic actual, în nevroze; nevroza n-ar fi decît o perturbare a sferei afective *(pathein)* și pulsionale; termenului clasic — cu nuanțe organiciste, ar trebui să-i substituim cuvinte mai potrivite: *parapatie, paralogie, parafilie.*

2. O. Rank acordă importanță esențială *traumatismului nașterii,* „rezervor de anxietate" care poate fi ușor reactivat de împrejurările vieții. Nașterea îl aruncă pe copil în-

---

[30] A se vedea: V. Săhleanu și I. Popescu-Sibiu, *op. cit.*, p. 227—260.

tr-o lume amenințătoare. Vindecarea este o *re-naștere* în condiții mai propice.

3. O. Fenichel leagă întreaga dezvoltare întortochiată și primejduită a psihicului omenesc, de faptul că progenitura umană este mai neajutorată decît alte progenituri animale.

4. W. Reich a insistat asupra conexiunilor psihosomatice, pornind de la conceptul unei „energii orgonice" particulare, manifestată îndeosebi în procesele sexualității. A schițat o teorie originală asupra genezei „straturilor" caracterului.

5. G. Groddeck a fost printre primii care au conferit viscerelor un „limbaj" simbolic; el atribuie inconștientului intenții deliberat patogene.

6. Anna Freud a descris pe larg „mecanismele de apărare ale *Ego*-ului".

7. Melania Klein a analizat dezvoltarea pulsională și psihică a sugarului.

8. W. H. R. Rivers a cercetat trecerea copilului de la o viață „protopatică" (cu reacții violente, după tipul „tot sau nimic") la una „epicritică" (cu comportament discriminativ și controlat), ca și regresiunile ce apar în situații critice sau traumatizante.

9. I. Suttie admite și el că nou-născutul, în specia umană, este foarte neajutorat: de aici derivă marea însemnătate a legăturii afective cu mama (dragostea) și a *jocului*, prin care copilul se inseră în societate.

10. J. L. Halliday vorbește despre „societatea bolnavă" occidentală, incriminînd modificarea obiceiurilor de alăptare.

11. H. Hartmann a completat metapsihologia „sexualistă" freudiană printr-o teorie a agresiunii.

12. Karen Horney a respins biologismul freudian, arătînd că atitudinile și nevrozele depind de notele *particulare* ale civilizațiilor *particulare*. Respinge și viziunea „mecanicist-evoluționistă" a lui Freud, acordînd prioritate abordării psihologic-sociologice. Tendințele fundamentale ale omului sînt spre *siguranță* și spre confort (satisfacție).

Scanned with OKEN Scanner

13. H. S. Sullivan pune accentul pe relațiile interpersonale; în afară de satisfacerea unor nevoi biologice, omul caută *securitatea* (care este o condiție permisivă a acestor satisfaceri). „Ținta" reglării psihice este evitarea anxietății.

14. A. Kardiner subliniază și el interacțiunea umană, dar sub unghiul activității, acțiunii, succesului, eșecului, frustrației, gratificației. Este cel care a introdus conceptul de „personalitate de bază".

15. E. Fromm se servește de psihanaliză pentru a face o critică condițiilor psiho-sociologice oferite de societatea capitalistă, folosindu-se și de conceptul marxist de *alienare*. Insistă asupra funcțiilor *creative* ale societății. (Freud subliniase funcțiile *supresive!)* și asupra tendințelor umane din inconștient: raționalitate, creativitate, dragoste. O teorie a temperamentului și a caracterului, o nouă „religie" și etică a dragostei, o nouă „logică a paradoxului" — fac parte din vastul sistem speculativ elaborat de E. Fromm.

16. K. Eissler încearcă o „revizuire" a freudismului în lumina unor concepte ale filozofiei existențialiste (Heidegger): anxietatea, grija, speranța.

17. C. Vlad (în România interbelică) a analizat mai cu seamă „comunicările interinstictuale", efectul negativ al inhibițiilor repetate și relațiile „iubire-ură-frică". Fiziologia este uneori o prelungire a psihologiei (și nu numai psihologia, o prelungire a fiziologiei).

18. Pentru J. Lacan, „inconștientul este limbaj". Interpretarea sa conectează psihanaliza cu structuralismul.

19. G. Roheim a susținut deosebirea dintre *super-ego* și *idealul eului;* a legat prezența complexului Oedip de faptul că omul este un animal neotenic.

20. Herald Schultz Hencke a elaborat o *neopsihanaliză* sintetică. În apariția nevrozelor deosebește *antinomia intrapsihică* de *antinomia interumană*. Accentul este pus pe inhibiții (nu pe refulări), pe atmosfera ambianței (nu pe traume individuale) și pe structura nevrotică caracterială.

Scanned with OKEN Scanner

Expunerea „antropologiei" lui C. G. Jung, *marele dizident* al lui Freud, iese din cadrele pe care ni le-am propus[31]. Ea este mai ales o complicată „psihologie complexă"[32].

O critică a psihanalizei de pe poziții marxiste dogmatice și neuroreflexologice, o datorăm lui H. K. Wells[33].

6. CONCEPȚIA LUI A. ADLER

Întemeietorul „psihologiei individuale"[34], dizident al psihanalizei freudiste, Alfred Adler și-a început cariera medicală ca oftalmolog. În această calitate, încă din 1898 a argumentat teza că bolnavul trebuie considerat ca unitate, ca întreg („individual" înseamnă pentru el mai ales *unitate*, și nu atît singularitate!), în relație cu mediul său de viață și de muncă. În studiile sale asupra inferiorității *(meiopragiei*, deficienței) organelor, A. Adler a atras atenția asupra faptului că un defect fizic (adesea ereditar) poate avea repercusiuni fizice și psihice nebănuite, dar și asupra eventualității ca funcția unui astfel de organ defect să poată fi compensată prin mijlocirea unei atitudini *psihice* corespunzătoare. Deficienței i se acordă, de către bolnav, o atenție mărită, ceea ce poate duce, pînă la urmă, la o activitate conștientă crescută cu exersare și control salutar. Se poate ajunge, uneori, la *supracompensare*[35]. A. Adler, con-

---

[31] A se vedea: V. Săhleanu și I. Popescu-Sibiu, *op. cit.*, p. 199—212.

[32] G. R. Heyer, *Komplexe Psychologie*, în *Handbuch der Neurosenlehre*, vol. III/1, Ed. Urban-Schwarzenberg, München-Berlin, 1959, p. 285—326.

[33] H. K. Wells, *The Failure of Psychoanalysis*, International Publishers, New-York, 1963.

[34] Cf. opera sa, *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, München, 1920.

[35] Idee formulată în *Studien über die Minderwertigkeit von Organen*, Wien, 1907.

Scanned with OKEN Scanner

statînd că la unii pictori există alterări de percepție vizuală, iar la unii muzicieni — perturbări de auz, s-a întrebat dacă asemenea situații nu argumentează teza rolului *eventual* pozitiv al infirmității fizice, în dezvoltarea personalității. „Reacția" de antrenament continuu, la o astfel de infirmitate, duce la o mai bună adaptare funcțională și la o superioară valorificare a posibilităților restante. Printre organele a căror insuficiență poate fi punctul de plecare al unei astfel de reacții a individului — se citează și organele genitale (prin această mențiune, gîndirea lui Adler se conectează cu gîndirea sexologică modernă, care atribuie sexualizării, sexualității și genitalității, un rol important în patologia generală). Eșecurile compensării duc la complexe de inferioritate, la nevroze. Ca urmare a stării de tensiune permanentă, sînt posibile repercusiuni viscerale și somatice variate. Prin asemenea observații, A. Adler poate fi considerat și ca un precursor al psihosomaticii[36].

Spre deosebire de Freud, care credea că individul este mînat de pulsiunile libidinale, A. Adler îl vede animat mai curînd de dorința de securitate și de afirmare (el descrie o tendință analogă „voinței de putere" a lui Nietzsche); sfera sexuală este numai un domeniu de *exprimare* a personalității, personalitate care poate fi normală, nevrotică sau criminală. Manifestările sexuale trădează încrederea sau lipsa de încredere în sine, acceptarea sau protestul față de normele și convențiile sociale („protestul masculin" al femeilor!), capacitatea de comunicare interumană etc. Psihologia adleriană este dinamică, vizînd *evoluția;* concepția sa despre organism are evident un pro-

[36] Alexandra Adler, *Individualpsychologie*, în V. Frankl, V. v. Gebsattel, J. H. Schultz, *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, vol. III/1, Ed. Urban-Schwarzenberg, München und Berlin, 1959, p. 231—268.

Scanned with OKEN Scanner

fil sociologizant și nu unul *biologizant*. Ideea *supracompensării* este reluată de unele concepții actuale despre vitalitate.

7. *MEDICINA PSIHOSOMATICĂ*

Termenul de „psihosomatic" a fost creat în 1818 de către J. C. Heinroth și folosit încă din 1902 de către O. Rosenbach. În 1822 K. W. M. Jacobi a întrebuințat termenul-replică de „somatopsihie", pentru a desemna procesele psihice care sînt răsunetul unei tulburări somatice (organice). În sensul contemporan dat acestui cuvînt, el apare la Felix Deutsch (1922), care vorbește despre *medicină* psihsomatică, și la G. Draper (1928), care vorbește de *reacții* psihosomatice în boală. „Medicina psihosomatică" de azi *este considerată* fie ca o reacție la medicina exclusiv somatologică, fie ca o nouă orientare integrativă, cuprinzătoare (comprehensivă), integralist-totalizatoare *(Ganzheitlich)*, care privește omul ca unitate psihosomatică (s-a vorbit despre *psihobiologie* și despre integrare *bio-psiho-socială);* fie ca o direcție de cercetare a interrelațiilor psiho-fizice; în fine, ca o ramură a medicinii care se ocupă cu așanumitele „boli psihosomatice" *(psihosomatiatrie)*. *Poziția istorică* a medicinii psihosomatice actuale este definită de cîteva coordonate: cercetările și utilizarea medicală a hipnozei; studiile psihanalitice; fiziopatologia sistemului neuro-endocrin (cu contribuțiile lui Cannon, Hess, Selye ș.a.) și a corelațiilor cortico-viscerale[37].

---

[37] Vezi B. Stokvis, *Psychosomatik*, în V. Frankl — V. Gebsattel — J. Schultz, *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, vol. III/1, Ed. Urban-Schwarzenberg, Berlin-München, 1959, p. 435—506.

Scanned with OKEN Scanner

În „curentul“ medicinii psihosomatice există numeroase poziții personale, diferite ca orientare, ca întemeiere, ca terminologie și ca seriozitate. Stokvis admite, ca fiind foarte utilă, distincția între *boli psihosomatice* și *boli psihogene*. Distincția (care nu este de principiu!) lasă să se întrevadă ceea ce aparține mai curînd clinicii nevrozelor și ceea ce aparține mai curînd medicinii interne. Bolile psihosomatice fac parte dintre nevroze; sînt *somatonevroze*, spre deosebire de *psihonevroze* (cum sînt histeria, reacțiile neurasteniforme etc)[38]. Somatonevrozele se împart, la rîndul lor, în trei grupe:

a) *manifestările histerice de conversiune*. În aceste cazuri nu găsim modificări morfologice. Există o puternică reprimare a conflictelor de fond, de tipul refulării. Integrarea persoanei este slabă;

b) *manifestările de tip „nevroză de organ“*. Nici aici nu găsim modificări lezionale. Refularea este mai puternică, de tip „supresie“. Integrarea persoanei este mijlocie;

c) *bolile psihosomatice:* boli în care refularea conflictelor este foarte puternică, dar de tipul autocontrolului, inhibiției, reținerii, mai mult sau mai puțin conștiente. Integrarea persoanei este puternică. În aceste cazuri, pot exista leziuni (ex. ulcer gastro-duodenal, colită ulceroasă).

După E. Glover, trebuie să ținem seama de faptul că un *simptom de conversie* are un înțeles specific psihologic, eventual simbolic (de exemplu, o paralizie poate exprima teama de a face o anumită mișcare, sau o intenție autopunitivă). O *boală psihosomatică* nu este decît rezultatul răspunsului organelor vegetative la stări emoționale cronice sau revenind des. Dar această distincție este respinsă de către autorii care cred că nu numai musculatura stria-

[38] Dar, împreună cu Meng, autorul admite și existența unor *somatopsihoze* „de organ“ (sau viscerale).

Scanned with OKEN Scanner

tă, ci ansamblul viscerelor este capabil de a exprima situații psihice în limbaj simbolic (O. Schwarz, 1923).

Corelația psiho-fiziologică *cu accentul pus pe influența de la psihic la fizic*, nu este înțeleasă unitar.

1. Într-o primă categorie putem așeza școlile medicale care văd în om un simplu animal reactiv *(homo reagens)*, făcînd abstracție de „subiectivitate". Manifestările psihosomatice sînt explicate pe una dintre următoarele căi:

A) *Învățătura despre reflexele condiționate.* Medicina psihosomatică este, în acest sens, medicina cortico-visceralã sau cerebro-visceralã. Pe această orientare se situează K. M. Bîcov (în URSS), F. A. Völgyesi (în Ungaria), H. Kleinsorge și F. G. Klumbies (în Germania), N. Ischlondsky (în SUA), B. Klotz (în Franța); ultimul vorbește despre „reacții cortico-somatice".

B) *Cercetările neurofiziologice experimentale*, „behavioriste", efectuate în SUA de către S. Cobb, J. H. Masserman, E. A. Spiegel ș.a. Părintele behaviorismului este Watson. În metodologia sa, organismul este luat ca un *tot* și studiul comportamentului acestui organism are ca fundament cuplul *stimul-răspuns*. Watson se depărtează de poziția fiziologică ignorînd cu bună știință ansamblul mecanismelor din interiorul organismului (de exemplu, cele cerebrale) care dau explicația răspunsului motor. Watson încearcă să facă studii psihologice, nu numai fără apel la noțiuni psihologice, dar și fără apel la noțiuni neurofiziologice[39].

Spre deosebire de „arhibehaviorismul" schematizant și insuficient, J. H. Masserman recunoaște caracterul *intenționat* al comportamentului și postulează patru principii *biodinamice* capabile să dea soco-

[39] Pentru Watson, gîndirea este „interiorizare" (prin inhibiții sociale) a unor habitudini motrice laringiene (adică a limbajului). El trece cu vederea orice fel de activitate „spontană".

Scanned with OKEN Scanner

teală atît de unele date experimentale pe animal, cît și de unele fapte de psihiatrie clinică.

a) Comportamentul este actualizat prin nevoile fiziologice ale organismului și este dirijat spre satisfacerea acestor nevoi. În acest fel, comportamentul se integrează printre tendințele *homeostatice* în sensul lui Cannon. Deși accentul este pus pe inconștient, totuși se atribuie rolul corespunzător deliberării conștiente, ca tip superior de adaptare. Masserman admite și comportarea *anticipatorie*.

b) Comportamentul depinde și se adaptează la *interpretarea* pe care organismul o dă mediului său, în funcție de capacitățile sale și de experiența anterioară (de „biografia reacțională"). Locul excitantului izolat îl ia *configurația totală* semnificativă. Se ajunge astfel la configurații *simbolice*.

c) În caz de frustrație se ajunge la satisfacții substitutive (hrană în loc de apă, parte în loc de întreg) și „simbolice".

d) Cînd motivațiile intră în conflict, tensiunea kinetică se ridică (anxietate) iar comportamentul își scade valoarea adaptativă (nevroză) sau devine substitutiv ori simbolic în exces (psihoză).

Masserman reușește să ducă la bun sfîrșit un întreg plan experimental de nevroze la animale și de terapeutică a lor. Restricția spațială, imposibilitatea fugii — accentuează comportamentul nevrotic; reducerea unei tendințe în conflict, proximitatea binevoitoare a omului, „impunerea" unei soluții, proximitatea unui animal cu reacții normale, dar și o sforțare specială de a se „familiariza" cu situația *(working through)* au efecte terapeutice.

C) *Cercetările etologice*. Etologia este știința comportamentului animal, coincizînd pînă la un punct cu zoopsihologia. Direcția etologică este ilustrată, în biologia actuală, de K. Lorenz, N. Tinbergen, I. Eibl-Eibesfeld, G. Tembrock ș.a.

Th. v. Uexküll (1955) și J. Groen (1947) par să fie primii care au aplicat datele etologiei la nosologia bolilor psihosomatice. Asupra „antropologiei etologice" vom reveni.

2. Școlile care văd în om un *homo naturalis*, încercînd abordarea sa psihologic-intelectivă *(verstehend)*; ele derivă direct sau indirect din psihanaliză.

A) Fl. Dunbar a căutat să stabilească *profiluri de personalitate specifice*, pentru fiecare boală psihosomatică în parte (boală Basedow, hipertonie, ulcer, artrită reumatică)[40]. Se admite o „alegere" a bolii, în funcție de valoarea ei simbolică. Pentru Dunbar, conflictul bazal este între *luptă* și *fugă*.

B) F. Alexander și „școala de la Chicago" au pus accentul pe simptomatologia vegetativă a emoțiilor și au căutat să descrie simptome specifice pentru diferitele stări emoționale cronice. Pentru Alexander, conflictul bazal este între dorința *de a primi, de a reține* și dorința de *a da* sau *a cheltui*. O mare importanță ar juca-o starea de dependență infantilă (care, perturbată, dă manifestări în sfera vagului) și tendințele agresive blocate (care ar da manifestări în sfera simpaticului)[41]. El propune o schemă psihanalitică centrată pe noțiunea de narcisism: starea de dependență infantilă duce la sentimente de inferioritate; protestul narcisist împotriva acestei stări duce la supracompensare, tensionarea voinței, cu sentimente de concurență, anxietate, apoi sentimente de culpabilitate și, din nou, stare de dependență infantilă. Tulburările „catabolice", în care se manifestă hipersimpaticotonie (tachicardie paroxistică, tireoto-

---

[40] Principalele sale opere sînt: *Psychosomatic Diagnosis*, Ed. 3, New York, 1945; *Synopsis of Psychosomatic Diagnosis and Treatment*, London, 1949; *Emotions and Bodily changes*, Ed. 4, New York, 1954.

[41] Principalele sale lucrări sînt: *Psychosomatic Medicine*, New York, 1950; *Studies in Psychosomatic Medicine*, New York, 1948 (împreună cu T. French).

Scanned with OKEN Scanner

xicoza) exprimă o pregătire de luptă. Cele „anabolice", cu hipervagotonie (tulburări funcționale ale tractului digestiv, ulcer peptic, colită ulceroasă, unele forme de astm bronchial) ar exprima o retragere „în sine" a individului din fața solicitărilor exterioare. Faza de hipertonie vegetativă unilaterală este însă complicată prin intervenția reglatoare a antagonistului.

C) Pentru alți psihosomaticieni, noțiunea dominantă este aceea de frustrație (îndeosebi frustrația în sectorul nevoii de afecțiune); sau aceea de incapacitate de „preluare" a experiențelor dificile ale vieții.

D) Noțiunea de *regresiune* joacă în psihosomatică un rol analog celui jucat în psihanaliza ortodoxă. Margolin admite existența mai multor nivele de regresiune psihologică și organică, în timp ce E. D. Wittkower[42] consideră că manifestările psihosomatice sînt în toate cazurile *stări regresive psihofiziologice*. Cum, după școala lui Freud, evoluția libidoului trece succesiv printr-o fază orală, anală etc. — regresiunile vor scoate în evidență tulburări din diverse sfere ale organismului. Nu trebuie să uităm că la nounăscut și la sugar distincția „fizic-psihic" este foarte greu de făcut și că ea se limpezește pe măsura evoluției ontogenetice. Așadar, regresiunea „restabilește" căi de comunicație intime și largi între aceste două „aspecte" ale persoanei umane.

Szasz consideră că parasimpaticul, sistem fundamental și „primitiv", predomină la sugar; simpaticul este o apariție filogenetic mai nouă, iar ontogenetic, ajunge să fie important abia mai tîrziu, cînd răspunsul ființei este motor (acțiunea). Conduita de retragere în fața dificultăților, substituie *acțiunii* răspunsuri *vegetative* (diaree etc).

---

[42] E. D. Wittkower și R. A. Cleghorn, *Recent Development in Psychosomatic Medicine*, London, 1954.

Scanned with OKEN Scanner

Ruesch admite că, în situații de regresiune, *comunicației externe* cu alte persoane i se substituie o *comunicație internă* între sisteme de organe, relativ autonome în stare de sănătate.

P. Marty și M'Uzan[43] susțin că energia pulsională (în sensul pe care îl dau psihanaliștii acestui cuvînt) se investește, în mod normal, în trei domenii: cel psihologic (activitate intelectuală, fantasme, expresie verbală); comportamentul motor (viață de relație); sectorul somatic (al viscerelor). În regresiune, proceselor evoluate și adaptative, li se substituie *scheme preformate*, rigide, în domeniul mental (nevroze, psihoze), în domeniul muscular (contracturi, paralizii) și în domeniul visceral („nevroza de organ"). Determinant pare să fie *temperamentul:* deci ar exista bolnavi predispuși la accidente psihosomatice, mai curînd decît *boli psihosomatice*.

R. Mucchielli vorbește, dimpotrivă, despre *tendințe interschimbabile*[44]. Personalități cu profiluri superpozabile, sau una și aceeași persoană, s-ar putea manifesta prin fenomene variate cum ar fi: accidente de muncă cu repetiție, o boală psihosomatică, o stare psihiatrică, un comportament antisocial bine caracterizat. Boala ar deveni astfel *un substitut de trecere la act*, o „conduită". Ar exista o anumită „libertate de a alege": a fi sau a nu fi bolnav, a coopera cu boala, a alege între mai multe boli. Boala devine un „anume mod de comportare", printre altele ce stau la dispoziție: sănătate, oboseală, toxicomanie, alcoolism, delincvență, suicid[45].

3. Într-o a treia categorie se situează *interpretările „antropologice"*, care văd în om un *homo*

---

[43] P. Marty, M. de M'Uzan și C. David, *L'investigation psychosomatique*, P.U.F., Paris, 1963.

[44] R. Mucchielli, *Philosophie de la Médicine psychosomatique*, Ed. Montaigne, Paris, 1961.

[45] P. Bugard, *L'état de maladie*, Ed. Masson, Paris, 1964, p. 8.

Scanned with OKEN Scanner

spiritualis. Pentru P. Christian (1933), boala însăși trebuie interpretată *simbolic* în legătură cu semnificația (sensul) ei pentru existența *particulară* a bolnavului; ea poate „veni în întîmpinarea dorințelor noastre" (v. Weizsäcker citează cazuri de îmbolnăviri „venite la momentul oportun", care nu sînt nici simulări, nici autoagresiuni sau autoexpuneri premeditate); ea poate fi expresia nevoii de a găsi solicitudine (v. Gebsattel) etc. Îndeosebi V. v. Weizsäcker a insistat asupra „bolii — răspuns personal la o chemare"[46], asupra sensului oricărui eveniment corporal. Iar R. Siebeck a admis că boala se dezvoltă „ca o epocă a vieții". Boala are o semnificație generală biografică, care pretinde o înțelegere a semnificației fiecărui simptom; este o exteriorizare a unui mod de existență umană; omul bolnav este omul unei crize (*medicina psihosomatică antropologică* a lui Weizsäcker; *antropomedicina* sau *antropologia psihanalitică* a lui Mitscherlich, 1954). Boala este o situație care nu poate fi înțeleasă numai în termeni de „cauză" și „efect", este o *dramă* în care procesul somatic are o valoare psihică, iar cel psihic — o expresie corporală.

*

Criticile aduse medicinii psihosomatice se referă la utilitatea reintroducerii în considerațiile medicale științifice a „subiectului" și a noțiunii de psihic; la relațiile psihosomaticii cu psihanaliza; la valoarea

---

[46] Principalele sale lucrări sînt: *Studien zur Pathogenese*, Ed. 2, Wiesbaden, 1946; *Fälle und Probleme*, Stuttgart, 1947; *Arzt und Kranker*, Ed. 3, Stuttgart, 1949; *Begegnungen und Entscheidungen*, Stuttgart, 1949; *Der kranke Mensch*, Stuttgart, 1951. Formația intelectuală a lui v. Weizsäcker este excepțional de interesantă: elev al lui L. Krehl (unul dintre întemeietorii „patologiei funcționale"), internist remarcabil, conducător al unei mari clinici de neurologie, apoi profesor de „medicină generală" (disciplină sintetică și teoretică).

Scanned with OKEN Scanner

științifică a unei abordări extracauzale și paracauzale; la interpretări etiopatogenetice; la metodologie etc.

Merită să fie menționate stăruințele lui v. Weizsäcker de a „introduce subiectul" în științele naturii. În *Der Gestaltkreis* (1950), v. Weizsäcker a vorbit despre „ciclul structural" *(Gestaltkreis)* alcătuit din triada: excitație-percepție (eul „realizează" situația) — mișcare; subiectul este obligatoriu implicat, ca o verigă activă a lanțului eficace. Din punctul de vedere al monismului materialist, o verigă psihică într-un lanț de fenomene fizice pare de neconceput; vom reveni asupra acestui punct. Psihosomatismul nu ar depăși, astfel, o antropologie dualistă. Pe de altă parte, în timp ce interpretările consecvent somatiste (ipotezele *neurofiziologice)* se supun *criteriilor științifice* de verificare sau de infirmare, *interpretările* psihologiste scapă acestui control. A spune că bronchiile astmaticului *refuză* aerul, că spasmul cardiei este simbolul corporal al „pierderii ordinii" — înseamnă, oare, mai mult decît un „joc cu analogii"? Chiar și K. Jaspers, care a introdus în psihiatrie cercetarea intelectiv-fenomenologică, a insistat asupra faptului că orientarea spre cunoașterea *mecanismelor* este cea cu adevărat utilă medicinii.

Considerăm însă că fiind judicioasă, observația lui F. Alexander: „cercetarea psihosomatică are de-a face cu procese în care unele verigi ale lanțului cauzal sînt mai ușor de cercetat — în momentul de față al științei — cu metode psihologice, decît cu metode fiziologice". S-ar putea adăuga că acele „verigi" neurofiziologice care alcătuiesc *baza organică a vieții psihice,* merită — pentru claritatea ideilor, pentru sublinierea specificului lor calitativ, o *etichetă specială.* De asemeni, *nu* credem că *interpretarea* psihosomatică poate fi făcută neinteresantă de o *expli-*

Scanned with OKEN Scanner

cație fiziologică; dimpotrivă, ea completează o asemenea explicație, dîndu-i o semnificație umană și personală. În ce privește aparenta divergență între „scientificarea" fiziologică și „hermeneutica" psihosomatică — ea se datorește faptului că, în acele sectoare ale patologiei legate de conflicte și de adaptări psihice complexe la un mediu complex, boala dobîndește — pînă la un punct, caracterele unui fapt de istorie (și pierde caracterele unui fapt „natural" repetabil și reproductibil).

Metodologia cercetărilor relațiilor psihosomatice s-a îmbogățit dealtfel substanțial, în ultima vreme[47].

Relațiile strînse dintre psihosomatică și psihanaliză sînt relații genetice, explicabile prin rolul istoric pe care l-a avut psihanaliza, de a aduce în atenția medicinii, importanța patogenă a factorilor afectivi și a sferei pulsionale. Restrîngerea relației psihosomatice la anumite niveluri de inconștient nu ni se pare, însă, justificată: există boli somatice cu *coeficient psihic* conștient sau cvasiconștient, cum ar fi obezitatea.

J. Delay recunoaște mișcării psihosomatice merite indiscutabile în orientarea patologiei către organismul luat ca întreg, în sublinierea însemnătății „terenului" și-i găsește legături multiple cu tradiția hipocratică.

Psihosomatica a fost privită, la noi în țară, atît critic, cît și ca o cale de a ajunge, în practica medicală, la *omul integral* și la *omul concret*[48].

---

[47] Vezi *Les troubles psychosomatiques*, Rapport technique OMS, nr. 275 (1964).

[48] A se vedea articolul Ilenei Răceanu: *Psihosomatica și omul concret*, „Revista de filosofie", 1969, vol. 8, p. 907—914 și G. Ionescu, *Psihosomatica*, Ed. științifică și enciclopedică, București, 1975.

Scanned with OKEN Scanner

8. CONCEPȚIA LUI K. GOLDSTEIN

Concepția lui Kurt Goldstein este o abordare a *biologiei* pornind de la datele de *patologie umană*, mai precis — de la observații clinice efectuate asupra bolilor nervoase. Metodologia adoptată de autor este trecerea de la *complex* la „simplu", de la *om* la viața organică în general; aceasta, pentru că „nu există un concept mai problematic și mai discutabil, decît cel de *simplitate*"[49]. Descrierile și explicațiile curente ale fiziologiei sînt criticabile deoarece ele amestecă, printre datele de observație, simplificări artificiale și chiar arbitrare, cu scopul de a satisface un principiu prin esență eronat: acela după care *întregul* poate fi înțeles numai ca o însumare de *mecanisme* elementare. Acest principiu „atomist" își găsește „concretizarea" neurologică, în „teorema reflexului": K. Goldstein întreprinde o critică sistematică a noțiunii de reflex, așa cum s-a dezvoltat ea, de la Descartes pînă la Sherrington și I. P. Pavlov. După părerea sa, în studiul organismului viu, metodologia *analitică* nu este cea adecvată. Noțiunile de „parte" și „întreg" nu sînt nici ele adecvate. Abordarea pe care o încearcă este mai mult decît o abordare sintetică: este o abordare *„holistică"*.

Prin „performanță", autorul înțelege orice fel de comportare, activitate sau operație care se exprimă deschis și se referă la mediu. O mișcare cu un scop, ca și audiția — sînt performanțe. *Boala* este concepută ca o dezintegrare de performanțe și scoate la lumină o anumită ierarhie înlăuntrul organismului.

Legea fundamentală căreia i se supune organismul *nu* este, cum se crede de obicei, echilibrarea, menținerea unei stări sau a unei situații, ci actualizarea potențialităților sale *(self-actualizare)* și evoluția.

---

[49] K. Goldstein, *The Organism*, American Book Company, New York, 1939, p. 2.

Este *mult mai mult* decît autoconservarea. Răspunsul pe care-l dă organismul la un excitant este expresia unei schimbări în *întregul* organism, chiar dacă el este *aparent* într-o arie limitată, mai mult sau mai puțin întinsă. Acest răspuns depinde nu atît de cantitatea și de calitatea excitantului, cît de starea organismului în momentul respectiv. O explicație *pur cauzală* a ceea ce se petrece este insuficientă, pentru că este „goală de sens biologic"; răspunsul este, de fapt, determinat de *semnificația* excitantului pentru organism.

Organismul este conceput ca o *unitate corp-minte*, nu ca o asociere *psihic-fizic*. Există, ca atare, corolare subiective ale reacțiilor de adaptare și de ajustare, ca și ale bolii. O mențiune specială o merită situațiile în care ajustarea la stimuli pare imposibilă: de exemplu, „reacția catastrofică", strîns legată de trăirea anxietății. Curajul, dimpotrivă, este răspunsul afirmativ la șocurile existenței, șocuri în mare măsură *necesare* pentru actualizarea propriei naturi. Depășirea anxietății presupune abilitatea de a situa experiența respectivă într-un context mai larg, de a asuma o „atitudine față de posibil", de a avea libertatea de decizii. La bolnavii cu leziuni cerebrale, de pildă, acest lucru nu este cu putință — fapt care reduce existența lor omenească la forme foarte simple.

O asemenea *simplificare* caracterizează și numeroase stări morbide. Există cazuri în care leziunea *izolează* periferia de centrii corticali coordinatori: în aceste cazuri găsim tulburări în utilizarea apropiată a stimulului. Boala „izolează", creează procese *partitive*. Ca rezultat al unei astfel de simplificări devin aparente manifestări *reflexe* (locale, segmentare) — așa cum ele devin aparente și în condiții experimentale. Dar cazurile în care simptomele își pierd orice semnificație pentru întreg sînt foarte rare. O analiză „holistică" a semnului descris de Babinski arată că reflexul este, de fapt, o *figură* într-un *pattern* de

Scanned with OKEN Scanner

reacție al întregului organism; activitatea restului organismului este *fondul* de pe care se desprinde *figura*. Semnificația reflexului plantar este de a fi o reacție de echilibrare *(equalization)*, atinsă prin îndreptare spre stimul. În „fenomenul Babinski" se produce înlocuirea performanței flexorilor printr-o performanță a extensorilor, ceea ce corespunde la un mod fundamental diferit de comportare, legat de fugă. Concepția după care funcționarea sistemului nervos *nu are la bază reflexe*, nu scade valoarea „explorării reflexelor" pentru diagnostic. Aprecierea lor *holistică* le crește în schimb valoarea de informație. Cît despre reflexele condiționate de tip pavlovian, K. Goldstein le recunoaște valoarea în dresaj și în antrenament, dar se îndoiește că ele se formează în condiții de viață naturală. În viziunea sa despre organism nu-și găsește loc nici instinctul, fie că este înțeles ca o „componentă" a vieții psihice, sau ca un reflex compus.

Organismul este dotat cu capacitatea de adaptare și ajustare, de restructurare, de compensare. Cînd se produce o perturbare într-un cîmp de performanțe, supraviețuiesc acelea dintre ele care sînt mai importante (sau necesare) pentru funcționarea întregului organism. *Modus*-ul *operandi* premorbid se menține atîta timp cît este eficace; organismul are posibilitatea unei „schimbări de macaz", unei cotituri, unei comutări *(adjustmental shift)* — spre un alt *modus operandi*. Ca o consecință a acestei constatări, organismul *tolerează* perturbațiile în alte cîmpuri. Comutarea decurge de obicei brusc; ea nu este rezultatul unui *training* și se produce fără participarea conștiinței pacientului. Rezultă că — din multe puncte de vedere — poate exista *o diferență calitativă între fiziologie și fiziopatologie*. Performanța depinde — în sfîrșit — de *energia disponibilă*. De aceea, dacă o performanță particulară cere o investiție (cheltuială) specială de energie, alte performanțe

Scanned with OKEN Scanner

vor suferi *corelativ*. Această lege explică de ce, uneori, pacienții care suferă de o distrugere *completă* a unui cîmp funcțional, sînt mai puțin afectați decît cei la care distrugerea este *parțială*. Aceste legi ale patologiei ne permit să recunoaștem că organismul este *un întreg* (metoda analitică, „anatomică" — *anatomic* înseamnă *disecție* — nu ne permite o astfel de caracterizare).

Urmărind mai departe ceea ce se întîmplă în dezintegrarea morbidă, se observă că, după faza de dezorganizare *acută*, bolnavul — în ciuda persistenței defectului, se întoarce la o condiție *ordonată*. Mai mult, el *pretinde* mediului regularități de care, înainte, se putea dispensa. El devine stereotipat și tipicar. Aceasta se datorește pur și simplu incapacității sale de a interacționa cu un mediu complex și plin de surprize. Mai întîlnim lipsa autoperceperii defectelor, tendința de a „exclude" defectele. De asemeni — tendința la evitarea oricărei perturbații. Simțul ordinii și „organizarea" mediului de viață (prin *sărăcirea* lui) trădează atunci inabilitatea de „comutare" a atitudinii. Funcționarea organismului este dominată de principiul *performanței optime* iar ajustările descrise se înțeleg unitar pornind de la acest principiu.

Accentuînd caracterul *pozitiv* și *dinamic* al vieții, K. Goldstein vede în predominarea reacțiilor homeostatice sau de conservare, o *degradare*, o „decadență" a vitalității. Din același motiv respinge ideea după care reacțiile zise „instinctuale" au drept finalitate imediată, *relaxarea* unei tensiuni. Critica lui K. Goldstein se îndreaptă în egală măsură către reflexologie și către psihanaliza lui Freud. De asemeni, Goldstein critică și un concept neurofiziologic fundamental: cel de *inhibiție*.

Boala mai înseamnă o nediferențiere, omogenizare a reacțiilor, „perseverare" anormală, ritmicitate mecanică ș.a.m.d.

Scanned with OKEN Scanner

Ce este atunci, vindecarea? După autor, este dobîndirea unei stări noi de funcţionare ordonată (de reactivitate), depinzînd de o relaţie specifică între performanţele păstrate şi cele alterate. Noua relaţie operează în direcţia unei noi *norme individuale*.

Există două tipuri de adaptare la un efect *ireparabil:* fie că organismul se adaptează la defect, se „resemnează" schimbîndu-şi mediul cu altul care corespunde performanţelor sale defectuoase; fie că organismul, „îi ţine piept", îl ţine „în şah", reajustîndu-se. Cele două modalităţi nu sînt egal de relevante pentru organismul luat ca întreg. Prima implică mai multă siguranţă, este mai automată, duce la ameliorări mediocre; cealaltă cere un coeficient mai mare voliţional, este mai fluctuantă, dar performanţele — deşi mai puţin sigure — sînt mai bune. Cel care aplică un *tratament* trebuie să-şi dea seama care din căile alese limitează, cel mai puţin, posibilităţile de *self-actualizare*.

*
* *

Rezultat a 25 de ani de meditaţie competentă asupra unui material faptic original, concepţia lui K. Goldstein şi-a propus să rezolve şi numeroase alte probleme de ordin psihologic şi pedagogic, asupra cărora nu ne vom opri. Din punct de vedere medical, ea s-a dovedit a avea o reală valoare euristică în neuropatologie şi neuropsihiatrie.. Teza de bază, după care organismul *sănătos* este cel care reacţionează în conformitate cu interesele sale de auto-actualizare şi de evoluţie este o teză *personalistă;* această teză implică *individualitate* atît în sensul ei „holistic" cît şi în cel de singularitate (fiecare individ este *unic*). Abordarea „holistică" nu eşuează, la Goldstein, în vitalism sau în idealism. Ea este în mod declarat dialectică (deşi combate conceptul de antagonism). Ea este mai mult decît o abordare sin-

Scanned with OKEN Scanner

tetică (post-analitică), globală, multilaterală sau omnilaterală, „structuralistă", integrativă (postpartitivă) — deoarece ține seama de înțelesul biologic *specific* al ordinei performanțelor.

Străduința sa de a pune în lumină *înțelesul biologic* al simptomelor a dus însă la neglijarea explicațiilor prin *verigi cauzale*. Accentuînd asupra *unității* funcționale a organismului uman, pe care explicit o pune pe socoteala integrării nervoase, Goldstein (ca și Speranski, dealtfel) este ispitit să admită concepția neuro-anatomică fibrilară (reticulară) a lui Bethe, depășită din punct de vedere științific. Insistînd asupra plasticității rețelei nervoase și asupra caracterului dinamic al localizărilor, K. Goldstein subestimează atît momentul stabilității relative cît și rolul structurilor nervoase în determinarea funcțională. Exagerările sale pot fi interpretate ca o reacție violentă la atomism, asociaționism, localicism, mecanicism; la abordarea *exclusiv cauzală* a fenomenelor biologice; la despicarea conceptuală a unității organismului în „fizic" și „psihic". În acest sens, contribuția sa marchează un moment de cotitură și în istoria gîndirii *antropologice*.

9. *POZIȚIA LUI M. KERNBACH*

M. Kernbach a fost medic legist. Specialitatea sa influențează definiția pe care o dă medicinii, încă din 1935: „este știința omului privit din punct de vedere somatic, fiziologic și psihic, normal și anormal, de la naștere pînă la reducerea lui în cele mai infime fragmente omenești"[50]. Această definiție reflectă poziția medicinii contemporane

[50] M. Kernbach și N. Romanescu, *Hotarul tradițional și legal al profesiunii medicale*, Tip. Transilvania, Cluj, 1935, p. 18. Mai corect ar fi fost: „de la concepție" (zămislire).

Scanned with OKEN Scanner

în viața socială: „zămislirea omului, nașterea, copilul și adultul apelează la medicină în tot decursul vieții, cerînd sprijin sănătății, vindecare bolii. Orice activitate omenească... se găsește sub protecția medicinii... Medicina actuală este socială prin excelență". Sau: „materia activității medicale coincide cu nașterea și moartea oamenilor și se extinde asupra vieții suferinde. *Medicina este o antropologie integrală*". Ca atare — medicina are a se ocupa și de problema morții *(tanatologie)*, dar nu are a se ocupa numai de sfera morbidului. „În timp ce medicina curativă și preventivă asigură dreptul la sănătate, medicina legală asigură și dreptul la apărare... Pe această linie, medicina face parte integrantă din criminologie".

În altă parte, același autor subliniază că, „prin însăși evoluția ei, medicina legală s-a așezat lîngă dezvoltarea morală și evoluția psihică a omului, în timp ce restul medicinii a urmărit omul fizic"[51]. Pentru această specialitate, omul este „persoană" (juridică etc.)[52].

O asemenea afirmație care vizează aspecte penibile ale existenței umane este imediat corectată prin menționarea, de exemplu, a medicinii sportive. Însuși titlul lucrării citate sugerează ideea că profesiunea medicală nu are limite *apriorice* de intervenție executivă și consultativă: hotarul „tradițional", ca și cel „legal" al medicinii sînt mereu depășite. Medicina este o „știință a omului *aplicată direct asupra omului:* ea singură este totodată umanitară, umanizantă și umanitaristă". Tinzînd spre un maximum de ideal *biologic* — și dispunînd de mijloacele care pot asigura acest ideal — medicina este *umanitară*[53]. Ameliorînd posibilitățile biologice, medicina îl face pe om „mai blînd și mai bun", dînd astfel sprijin dreptului, educației și politicii (de aceea

---

[51] M. Kernbach, *Medicina legală*, Ed. Universității, Cluj, 1937, p. 14.

[52] M. Kernbach, *Medicina judiciară*, Ed. Medicală, București, 1958, p. 57.

[53] În ultima vreme, Kernbach a preconizat intervenții psihofarmacologice pentru a modera agresivitatea umană.

Scanned with OKEN Scanner

este *umanizantă*)[54]. Pentru că se referă azi la interesul întregii umanități — este *umanitaristă*.

M. Kernbach constată că „păşim pe căile unei medicini în plină reconstrucție": gîndirea organicistă şi analitică nu ne mai satisface, iar gîndirea sintetică (majoră), care ţinteşte spre cuprinderea „omului total" se îndreaptă tot mai hotărît spre valorile spirituale[55]. Gîndirii medicale „i se suprapun noi satisfaceri: una biologică infuzată de biologia generală şi de legile naturii şi a doua psiho-socială, în funcție de ştiinţele normative ale civilizației. Desăvîrşirea arhitectonicii gîndirii medicale se face deci în sens ontologic şi ecologic". Dar medicina care se întrevede nu este numai orientată către psihologie, ci şi către *filozofie*. Urmînd pe Sihle (1933, 1935), M. Kernbach subliniază că „medicina îşi revendică dreptul de a creea filosofia vieții reale". Sau, cu cuvintele proprii: „medicina filosofică este granița în care ştiinţele pozitive se împletesc cu cele spirituale, spre orizonturile marii ştiinţe a umanității". Smulgîndu-se din unilateralizare şi din deformarea profesională, medicina se asociază la *formularea* şi la *realizarea* idealurilor comune, ale omenirii sau ale naţiunii.

S-ar putea spune că destinul medicinii se împleteşte tot mai mult cu „destinul omului"[56].

Dintr-o „pseudo-ştiinţă a bolii", medicinii i se cere să ajungă o „ştiinţă a sănătății", cu accentul pe sanogeneză şi pe profilaxie: chiar medicina legală poate fi o medicină preventivă, dacă dă indicații pentru profilaxia crimei şi a delincvenței. Iar medicinii preventive trebuie să-i acordăm „un rol de prim plan în organizarea omenirii". Dar şi *medicina curativă* trebuie orientată altfel, în numele „dreptului şi obligației la sănătate".

---

[54] Pedagogia, etica, sociologia, dreptul şi politica „pot garanta numai idealul social şi economic".

[55] M. Kernbach, *Orientarea medicinii moderne spre psihologie şi alte ştiinţe spirituale*, „Rev. de Psihologie", 1943, vol. 6, nr. 1, p. 3.

[56] M. Kernbach, *Destinul medicinii = destinul omului*, Ed. Progresul, Sibiu, 1945, p. 108.

Scanned with OKEN Scanner

În 1945, ca ecou al marilor transformări sociale care începuseră în țara noastră, M. Kernbach vorbește despre „economia și bonificarea capitalului om" — cu trei parametri esențiali: productivitate, natalitate, selecționare biologică. Este necesar un triplu efort de igienă, în domeniile: *mediului* existenței umane, *vieții gregare* (inclusiv medicina muncii) și *individului*.

Concepția lui M. Kernbach este „integrativă" și într-un alt sens: medicina pe care o preconizează are în vedere și *pe medici*, ca beneficiari ai principiilor, normelor și tehnicilor acestei științe.

10. *ANTROPOLOGIA CORPULUI UMAN*

Anatomia și fiziologia omului descriu de obicei alcătuirea și funcționarea organismului uman fără a atrage atenția asupra a ceea ce este *comun* omului și animalelor și asupra a ceea ce reprezintă elemente specifice sau chiar poziția specială a omului printre viețuitoare.

Această poziție poate fi documentată, însă, cu suficiente argumente *morfologice*[57]. Multe dintre ele țin de ortostatism și de mersul biped. Acestea implică particularități de structură și funcțiune în coloana vertebrală (curburi), în bazin, în torace, în extremitatea superioară și mai ales în cea inferioară, în organizarea bolții piciorului. De remarcat că bazinul nu este configurat numai în legătură cu rolul său de susținere și cu rolul său motor, ci și ca perete al canalului străbătut de făt în parturiție. Forma capului și a bazinului sînt, la om, un cuplu complementar

[57] K. Goerthler, *Morphologische Sonderstellung des Menschen in Reich der Lebensformen auf der Erde*, în *Biologische Anthropologie*, II, Ed. G. Teubner, Stuttgart, 1972, p. 215—257.

Scanned with OKEN Scanner

de însușiri ereditare. Printre dispozitivele moi ale extremității inferioare amintim vizibila dezvoltare a mușchiului mare fesier *(glutaeus maximus)* și tractul ilio-tibial. De asemeni, foarte caracteristice pentru scheletul uman sînt configurația și dimensiunile craniului, cu articularea specială cranio-vertebrală, cu diminuarea relativă a viscero-craniului și marea dezvoltare a neurocraniului, corespunzătoare considerabilului volum cerebral. Reamintim că și dentiția umană (și mușcătura) au particularități, cu caracter de relativă nespecializare.

Cea mai pregnantă notă morfologică excepțională a omului este mărimea și diferențierea creierului. Un surplus de zece miliarde de neuroni corticali pare să fi fost, între altele, premisa dobîndirii vorbirii. În această ordine de idei nu trebuie neglijate nici particularitățile laringelui uman. Situația sa topografică, ca derivat al „intestinului branhial", în conexiune cu alte organe musculare de expresie, inervate vegetativ, facilitează valorizarea sa signalectică și comunicativă.

Goerthler insistă, în sfîrșit, asupra particularităților structurale și de dezvoltare ale uterului, organ trofic pentru făt și organ mecanic.

Din punctul de vedere al unui fiziolog[58], stațiunea erectă și mersul biped nu sînt monopoluri umane; pe de altă parte, nici o altă specie nu-și dobîndește postura specifică atît de tîrziu după naștere și numai prin străduințe active (Portmann). Aceste caracteristici de postură și mers au liberat (filogenetic) mîinile și au permis diferențierea unor mișcări fine ale membrelor superioare; de asemeni, au lărgit în mod apreciabil cîmpul său vizual. Manipularea este esențială pentru destinul lui *homo faber*, din perspectivă istorică dar și biografică; accidentele, mutilările și

[58] K. Wezler, *Menschliches Leben in der Sicht der Physiologen*, în *Biologische Anthropologie*, II, Ed. G. Thieme, Stuttgart, 1972, p. 292—385.

Scanned with OKEN Scanner

îmbolnăvirile mîinii (mai ales ale mîinii drepte) sînt cotate la un grad înalt de invaliditate.

Avantajul posturii erecte este plătit printr-o patologie specifică: deformări (rahitice) ale oaselor membrelor inferioare, picior plat, artroze ale articulațiilor coloanei, coxofemurale și ale genunchiului, sacralizarea ultimei vertebre lombare, hernie de disc, nevralgii sciatice; ptoze viscerale și hernii; staze venoase și varice; hipotensiune ortostatică (K. Saller ș.a.). Amintim în treacăt distociile și disgravidozele, nașterea „cu dureri". Probabil că dezvoltarea craniului impune ca nașterea să se facă într-o fază în care fătul este insuficient dezvoltat și în care craniul este numai parțial osificat (G. Lefebvre). Evoluția arcadei dentare spre forma eliptică și reducerea ei, favorizează malocluziile și caria dentară: tendința la dispariție a măselii de minte duce la accidente binecunoscute (Firu).

Deși în creier nu există „organe parțiale specifice pentru om" (Starck, 1962), deosebirile cantitative în numărul și densitatea celulelor ca și în conexiunile neuronale realizează o deosebire calitativă și alcătuiesc premisa unui *progres uman* (istoric și biografic) fără modificări anatomice grosolane. Rolul funcțional proeminent al neocortexului și al neocerebelului, interacțiunea dintre căile piramidale și cele extrapiramidale, spațiul întins ocupat de zonele „asociative", diferențierile citoarhitectonice mai evidente ale cîmpurilor — sînt cîteva din notele neurologice demne de reținut. Ele sînt premise ale învățăturii, memoriei, autocinezei, vorbirii, gîndirii abstracte, automatizării deprinderilor, „amînării" reacțiilor imediate (caracteristică umană, după M. Ralea), controlării pulsiunilor, afectivității evoluate, simbolizării, scrierii.

O *patologie specifică* a fost, totodată, calea de dez-

Scanned with OKEN Scanner

văluire a unor mecanisme cerebrale: amintim agnoziile, apraxiile, afaziile.

Din punct de vedere ontogenetic, nou-născutul uman este mult mai greu (relativ) decît nou-născutul maimuțelor antropoide; proporțiile sale sînt caracteristice (cap mare, creierul este voluminos; dimensiunile relative ale membrelor față de trunchi sînt altele decît la adult). Adultul uman seamănă cu nou-născutul simian, argument în favoarea teoriei *fetalizării* susținută de L. Bolk (1923) și care ar așeza omul printre formele neotenice (pedogenetice).

După Portmann, nou-născutul uman nu este numai un „neajutorat", ci un tip *special* de pui neajutorat, deoarece prin multe caractere morfo-fiziologice nu face parte din categoria celor apți a se mișca liber deîndată ce s-au ivit pe lume *(Nestflüchter).* Îngrijirea maternă este absolut necesară și de lungă durată; abia la sfîrșitul primului an al vieții extrauterine puiul dobîndește caracteristici neuromotorii propice unei comunicări conștiente cu mediul. În acest an crește intens, dar ulterior dezvoltarea se încetinește iar *retardațiunea* maturației sexuale, deci copilăria (foarte) lungă, constituie o premisă a educației, instrucției, „enculturației". Specifică este și accelerarea creșterii în timpul pubertății.

Particularități au și *biologia vîrstelor* ca și *îmbătrînirea.* Omul este un animal (potențial) *longeviv.* La femei, mai ales, încetarea capacității reproductive nu poate fi privită ca *sfîrșitul vieții active.* Interpretări recente (Portmann) leagă potențialitatea longevivă de importanța selectivă a *experienței de viață,* acumulată de vîrstnici, și a capacităților lor creatoare. Pe de altă parte, există o corelație pozitivă între cerebralizare și durata vieții, la speciile de mamifere (Sacher; teză întrevăzută de E. Sterian).

Scanned with OKEN Scanner

11. *ANTROPOLOGIA SITUAȚIEI MORBIDE (W. DOERR)*[59]

W. Doerr, ca anatomopatolog, recunoaște că disciplina sa, ca și fiziologia, „nu pot lămuri comportamentul uman în zilele de boală, ci numai condițiile (premisele) capacităților și incapacităților sale". Iată de ce patologia umană se cere completată prin *antropologie medicală*. În cadrul acesteia, *o antropologie a situației morbide (Anthropologie des Krankhaften)* are a se preocupa de bolile proprii omului și de reacțiile proprii omului în situația de boală. În privința acestora din urmă, Doerr subliniază trei elemente directoare: a) bolnavul trebuie înțeles în devenirea sa individual-istorică *(medicină biografică* în sensul lui Siebeck, 1937, și Christian, 1969); b) anamneza este importantă și pentru anatomopatolog (Roessle, 1931); c) omul își „structurează" procesele morbide *(personalismul medical* în sensul lui Krehl, 1930). Încă din 1923, Roessle atrăsese atenția asupra faptului că mai ales bolile inflamatorii au o puternică pecete individuală. Pe de altă parte, omul înseamnă *comportament* și *atitudine,* chiar față de propriul corp și față de propria boală. De aceea, metoda unei anatomii patologice înțeleasă antropologic nu poate fi decît *cazuistică*. Froboese (1939) a vorbit despre „patologia cazului individual" și a insistat asupra asemănării metodologice dintre munca prosectorului și cea a clinicianului. Dar morfopatologia este totodată indispensabilă stabilirii unui tablou morbid, deoarece „nimeni nu poate ieși din propria piele". Manifestările umane desfășurîndu-se în context cultural-social, înțelegerea deplină a patologiei trebuie să fie cultural-istorică.

În privința *profilului patologic specific uman,*

---

[59] W. Doerr, *Anthropologie des Krankhafte aus der Sicht des Pathologen,* în *Biologische Anthropologie,* II, G. Thieme, Stuttgart, 1972, p. 386—427.

Scanned with OKEN Scanner

W. Doerr remarcă strînsa conexiune a acestei probleme cu problematica filogenezei umane. Este omul o specie care se diferențiază doar *prin grad* de alte mamifere? sau diferența este de „natură", în sensul unei configurații biologice aparte? O astfel de configurație ar putea fi căutată în tipul de structură morfologică (cu accentuată cerebralizare, sau cu ortostatism, sau cu note de „nespecializare"). Ceea ce-l diferențiază de animale îl expune, oare, la dizarmonii sau la riscuri? Asemenea *impase* par a fi relevate de dezvoltarea creierului, de structura placentei (placenta hemocorială este o veritabilă „agresiune fetală"; fătul este prevăzut cu tot ce-i trebuie, dar mama este expusă la toxicoze și la distocii). De asemeni există o organizare insuficientă a irigației cardiace.

Dacă ne referim la nivelul celular, nu există specificitate de specie, în patologia umană. La nivelul organelor ea este discutabilă; ea este categorică la nivelul sistemelor de organe și evidentă la nivel de individ. Ce fel de *boli definite* le întîlnim numai la om? Doerr exemplifică cu patru clase morbide:

1. boli dependente de postura erectă: atrofia oaselor parietale, anevrismele arterelor bazilare ale creierului, spondiloza deformantă, coxartroza și fracturile de „oboseală";

2. tulburări ale reglărilor vegetativ-hormonale, cum sînt „epiteliofibrozele" (hiperplazia endometrului, adenomiomatoza prostatei), și care sînt frecvente numai la omul aparținînd civilizațiilor înaintate;

3. boli inflamatorii: reumatismul febril (granulomatos) cu noduli Aschoff (specifici pentru miocard), cu noduli Bang în tendoane, cu necroze musculare.

4. patologie de ambianță, printre care se numără intoxicațiile, boli profesionale etc.

În concluzie, Doerr observă că „ne aflăm în situația în care nu ne putem desprinde de corporalitate,

Scanned with OKEN Scanner

dar nici nu ne putem identifica cu trupul nostru . . . Autoînțelegerea omului cuprinde *posibilitățile* umane, și nu propria ființă".

12. *PERSPECTIVE EVOLUȚIONISTE*

În accepția curentă pentru biologi, „evoluția" unei ființe este ontogenetică și filogenetică. „Legea biogenetică fundamentală" (Haeckel, 1866) susține că ontogenia *recapitulează* (repetă) filogenia (cel puțin în liniile mari). O altă interpretare „clasică" a relațiilor dintre ontogenetic și filogenetic este cea lamarckistă: caracterele dobîndite în cursul vieții se transmit la urmași (Lamarck, 1809). Acest principiu nu este confirmat de biologia contemporană. Corectări la „viziunea" clasică sînt aduse de teza *filembriogenezei* (Severțov, 1932) după care evoluția filogenetică este *consecința* unor modificări ontogenetice (în dezvoltarea embrionară). O altă corectare o introduce ideea *neoteniei* (pedogenezei), în fond o variantă a principiului heterocroniei: la unele forme vii, aptitudinea reproductivă poate apare în faze mai timpurii ale ontogenezei. Schindewolf vorbește de *proterogeneză*, semnalînd faptul că unele faze ontogenetice *prefigurează* progresiunile filogenetice. Fătul maimuțelor superioare seamănă cu omul (de unde teza umanizării prin *fetalizare*, avansată de L. Bolk). Există deci posibilitatea unor *retardații*, ca și aceea a unor *accelerații*, sau a unor *stagnări*. Mai puțin analizată, din punct de vedere teoretic, este eventualitatea *regresiunilor* și a *involuțiilor*.

Un sistem evolutiv este „locul dialectic" al influențelor (achizițiilor) trecutului și al orientărilor emergente, al inovațiilor, al prospectivei.

1. Privit în evoluția sa filogenetică, omul este un animal superior, recent apărut pe Pămînt și care-și continuă transformările biologice (fenomenul de „ac-

Scanned with OKEN Scanner

celerare" a dezvoltării copiilor, remarcat în ultimul secol, este edificator). După Engels, una din funcțiunile „antropologiei" (în sens clasic) este să facă legătura între filogeneză și istorie. Din acest punct de vedere, antropologia are a se ocupa nu numai de *noul* adus prin hominizare, ci și de *vechiul* manifestat sub formă de *atavisme* și reversiuni. La sfîrșitul secolului al XIX-lea, sub influența darvinismului, numeroase variante morfologice umane au fost interpretate, eronat, ca atavisme (cînd ele nu erau decît exteriorizări ale unor gene recesive apărute prin mutații).

2. Influențe neolamarckiste (admiterea tezei eredității caracterelor dobîndite) se găsesc în unele capitole ale psihanalizei, în care Freud încearcă să „explice" reacții psihologice ale omului de azi (tabuurile, nevrozele, reacțiile infantile) prin referire la ipotetice și neplauzibile evenimente petrecute în hoarda primitivă (paricid, canibalism, incest etc.). *Ancestralul* este o idee importantă și în doctrina lui C. G. Jung despre inconștientul colectiv; acesta ar conține „arhetipuri", modele mintale după care se structurează manifestări culturale, dar și nevrotice, ca și procese de vindecare.

3. G. Roheim (1930, 1940), într-o interesantă sinteză a psihanalizei cu etnologia, susține că omul este un animal *neotenic* — de unde existența unei „sexualități infantile" și a mult-discutatului complex oedipian („omul ca animal cu complex Oedip"). Lunga copilărie a omului obligă și ea la o „infantilizare" a adultului-părinte, mai accentuată la sexul feminin (mama).

4. Un principiu evoluționist plauzibil este cel care afirmă că funcțiile și formele mai recent apărute sînt mai fragile, fiind cele mai puțin structurate. În *aplicație neuropsihiatrică*, acest principiu a fost scos în evidență de către H. Jackson (1866). Etajul neuropsihic nou apărut aduce funcții noi și subordonează

Scanned with OKEN Scanner

(prin inhibiție) etajele mai vechi. La lezarea unui etaj (nivel, strat) rezultă, de aceea atît simptome de *deficit*, cît și simptome de *eliberare* a etajelor subiacente. Regresiunea nu este însă interpretabilă strict după această schemă, deoarece o parte din funcțiile vechi sînt preluate de către etajele noi (corelatul neurofiziologic respectiv este *telencefalizarea*). Această regresiune patologică poate fi urmărită atît pe plan strict neurologic — experimental ca și clinic, cît și pe plan psihopatologic (H. Ey).

5. Principiul evoluționist menționat, aplicat la ontogenia funcțiilor psihice și la regresiunea (disoluția) lor patologică, alcătuiește *legea lui Ribot*. Amintirile pe care le uită mai întîi bătrînii sînt amintirile recente. Reflexele condiționate recente se pierd înaintea celor „înrădăcinate", iar reflexele condiționate se pierd înaintea celor înnăscute, atît în îmbolnăvirile naturale, cît și în cele experimentale ale sistemului nervos.

6. În orice organism, însă, fenomenele de involuție, de degradare, de deficit, sînt parțial compensate (sau chiar *supracompensate*). În ciclul vital uman, involuția organică asincronă care începe chiar de la maturitate, se împletește cu fenomene de compensare și cu procesele de progres intelectual și afirmare socială. Se conturează astfel o „antropologie a vîrstelor" și, în cadrul ei, alături de medicina copilului *(pediatrie)* și de medicina bătrînului *(geriatrie)*, o știință a etapei adulte *(adultologia)*. C. I. Parhon preconizase o *biologie a vîrstelor (ilikibiologie);* dar (omul nefiind numai o ființă biologică) se poate vorbi și de *ilikipsihologie* și de *ilikisociologie;* pe scurt (Săhleanu, 1968) de *ilikiologie*. Cercetătorii de azi disting, alături de vîrsta *calendaristică* (cronologică, civilă) a unui individ, vîrsta sa biologică (cu componente: fiziologică, biochimică etc.), vîrsta sa *psihologică, sociologică* (și chiar *axiologică* — după cum am propus în 1972); de asemeni, o vîrstă *actuarială*

Scanned with OKEN Scanner

(legată de „speranța de viață" *statistică* a populației, și care reflectă — în mod sintetic — indici biologici, economici, sociali, sanitari etc.).

7. C. v. Monakow[60], pornind de la studii *neurobiologice* și neuropatologice, a propus un „model" uman evoluționist. Omul este analizat nu numai sub aspectele care-l *leagă* de restul naturii, ci și sub aspectele care-l *separă* de acestea. Prin opoziție cu modelul cartesian al animalului-mașină și cu corolarele „spațializante" ale acestuia, concretizate în doctrina localizărilor cerebrale, v. Monakow vorbește despre *localizări cronogene*, adică de integrări temporale ale fenomenelor neuropsihice. Funcționarea centrală este dinamică; o leziune locală poate antrena *tranzitoriu* deficiențe ale unor părți cerebrale relativ îndepărtate *(diaschisis)*. Fenomenele psihice nu pot fi exprimate prin limbajul adecvat descrierii anatomo-fiziologice ale creierului, de unde și elaborarea unui limbaj neologistic propriu *(hormé, klisis, ekklisis* etc.).

Doctrina sa este vitalistă. Spre deosebire de evoluționismul clasic, care se ocupă de *geneza* funcțiunilor, v. Monakow are o gîndire anticipatoare, am zice *prospectivă*. Viața este „o migrație a plasmei germinative în infinit". Bolile și mizeriile acesteia „sînt explicate, mai puțin prin greșeli ale trecutului cît prin trădarea intereselor generațiilor viitoare". Ființa este bolnavă dacă nu poate face față cerințelor viitorului. Prin dezintegrarea neurobiologică, grade vechi (infantile) de evoluție a instinctului fundamental, *hormé*, sînt puse în evidență; preponderența acestora împiedică activitatea formelor superioare ale instinctelor (stăpînire de sine, raționament).

---

[60] C. v. Monakow și R. Mourgue, *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie*, Ed. Alcan, Paris. W. Riese și A. Requet, *L'idée de l'homme dans la neurologie contemporaine*, Ed. Alcan, Paris, 1938, p. 3—38.,

Scanned with OKEN Scanner

Această inhibare este desemnată cu eticheta de *anastolă antipatică.*

Dezintegrarea se exprimă prin *fragmente* ale întregului funcțional și distruge ordinea sa cronologică *(anacronisme).* Ea poate fi efectul unor injurii a instinctelor, cumulate începînd din copilărie (sau chiar în faza embrionară). Forța curativă a naturii *(syneidesis)* se manifestă, în primul rînd, prin *compensare;* multe simptome nu sînt decît expresia unor fenomene compensatorii. Dar natura are și forțe *protectoare:* astfel, unele psihoze (ca schizofrenia) n-ar fi decît rezultatul deficienții unor mecanisme protectoare față de autointoxicație.

Hormé conține „tendințele de perfecționare", de progres (rectiliniu). Ea generează structuri în vederea utilității viitoare: viitorul apare drept factor cauzal al fenomenului biologic. *Hormé* instaurează „valori vitale ierarhizate". Transgresarea ierarhiei temporalizate leagă, insensibil, teratologicul de criminal (actele criminale vizează interese imediate sau somatice personale, în dauna celor de lungă respirație și ale vieții colective desfășurată, prin generații, spre progres). *Prioritatea instinctelor,* idee centrală a neurobiologiei sale, nu „biologizează" omul (în sensul „animalizării sale"), ci dimpotrivă: căci tendințele umane superioare și ostile instinctelor elementare descind tot din instincte; un conflict intra-instinctual pune în general „vechiul" sub controlul „noului", „hormeterele" ancestrale sub frîna „neohormeterelor". Dar subordonarea reciprocă a instinctelor este variabilă *ciclic,* în funcție de nevoile vitale organice. Armonizarea este realizată de aceeași *syneidesis.* Creșterea, perfecționarea și morala nu sînt decît *etape* ale *hormé*-ului; fiecare element de viață (celulă) conține, ca atare, un *diferențial* de conștiință, de instinct și de sentiment. „Dualismul viață-suflet" este depășit, în schimb conștiința este privită aproape ca un epifenomen. W. Riese găsește în „viziunea"

Scanned with OKEN Scanner

lui C. v. Monakov, înrudiri cu gîndirea despre Natură a lui Spinoza (și a lui Goethe).

8. O însemnătate euristică și interpretativă o au doctrinele privind *etapele* și *stadiile* de dezvoltare ontogenetică extrauterină. „Modelul clasic" este oferit de psihanaliza lui S. Freud, care schițează etape *obligatorii* de dezvoltare a personalității libidinale (oral, anal, oedipian, genital etc.) și elaborează conceptele de „fixație" într-un anumit stadiu, respectiv de „regresiune" la un anumit stadiu. Un anumit paralelism între ontogenia și filogenia dezvoltării *mentalității* umane este sugerat de prezența gîndirii analogice, animiste, mitologice, „fizionomice", magice etc., în copilărie. P. Janet și J. Piaget au oferit alte scheme ale acestei evoluții.

Spațiul nu ne permite să insistăm; subliniem numai că ideea de „regresiune" (psihologică) s-a dovedit fecundă (în psihiatrie, în medicina psihosomatică etc.). *Regresiunea* psihologică parțială este privită azi ca un proces banal, în cadrul normalității: amenințarea, anxietatea, starea de boală pot genera, tranzitoriu, mentalități infantile, magice etc.

9. Menționăm, pe scurt, că și *antropologia (medicală) a sexelor* a fost și este obiectul unei interpretări evoluționiste. În perspectivă endocrinologică, G. Maranon constată o tendință evolutivă ontogenetică de la feminin spre masculin: băiatul ar trece în prepubertate printr-o fază feminoidă; femeia ar prezenta, în postmenopauză, fenomene de virilizare. În perspectivă citogenetică (actuală), comparația formulei cromozomiale feminine (2n+XX) cu cea masculină (2n+XY) ar sugera „derivarea" masculului din femelă. Baza genetică a sexualizării este, însă, mai complexă. În perspectivă biologică generală, unii autori (ca I. Peatnițchi, 1973) s-au crezut îndreptățiți să vadă, în mascul, o femelă „ratată", un *rebut utilizabil*. Mai plauzibilă este însă interpretarea diferențierii sexuale ca o specializare divergentă și complementară.

Caracterul mai „nediferențiat" și mai „infantil" al femeii poate fi legat de situația antropologică specială a copilăriei

Scanned with OKEN Scanner

foarte lungi (reamintim opinia lui G. Roheim). În perspectiva „proterogenetică" și a „fetalizării", tipul feminin ar *preconiza*, însă, tipul uman al viitorului (Ashley Montagu).

13. *PERSPECTIVA ETOLOGICĂ*

Etologia (în sens contemporan) este studiul (comparativ) al comportamentului animal *(Verhaltensforschung)*. Accentul etologiei este pus pe comportamentul specific pentru o specie dată și, în cadrul acesta, pe acțiunile și reacțiunile comportamentale ereditare. Etologia a revizuit conceptul de instinct, în înțelesul său „tradițional": comportament înnăscut — automat — rigid. *Capacitatea de a învăța* este și ea o însușire specifică pentru specie! Un capitol însemnat al etologiei este studiul *biocomunicației*, inclusiv al *sociosemnalelor* prin care comunică, între ei, indivizii conspecifici. Un studiu etologic al omului nu se rezumă, desigur, la depistarea a ceea ce este animalic în om, ci și la notele sale distinctive, sau cu totul excepționale.

O caracteristică fundamentală a omului rezidă în aceea că el este „deschis către lume" (*Weltoffen*, Plessner), în timp ce animalele sînt tiranic legate de ambianța lor *(Umweltgebunden)*. Numai omul are „sens pentru obiect" (dar, firește, „obiectivare" nu înseamnă chiar reificare!). Prin comportamentul său, animalul „se suprapune" corpului său; omul își „obiectivează" și corporalitatea, instaurînd o atitudine de „instrumentare", asupra căreia ne-am oprit în capitolul precedent.

O a doua caracteristică rezidă în capacitatea sa de a-și *amîna* reacțiile pînă la *suspendarea* lor (omul este un „animal cunctator", M. Ralea)[61]. Premisa

[61] M. Ralea, *Explicarea omului*, Ed. Cartea Românească, București, 1945.

Scanned with OKEN Scanner

acestei însușiri este dezvoltarea funcțiunilor inhibitorii cerebrale; consecințele nu se găsesc numai în sectorul comportamental și cultural, ci și în cel fiziologic propriu-zis (legat de satisfacerea nevoilor elementare).

O caracterizare care depășește dualitatea „corp-suflet" se centrează pe *activitate* (*handelnde Wesen* A. Gehlen).

Bio- și sociocomunicația îmbracă o formă calitativ nouă prin *vorbire*. Prin cuvînt, omul își economisește acțiuni corporale (Plessner) și-și constituie gîndirea abstractă și simbolică. Cuvîntul este mai mult decît un „excitant fiziologic real" (I. P. Pavlov). Bisturiul și medicamentul sînt patogene și la animale: cuvîntul este patogen numai la om; răsunetul cuvîntului este *global* în persoana noastră, de la etajul somatic pînă la cel noetic. Cuvîntul face parte, de aceea, atît din vehiculul unor anumite forme de psihogenie, sociogenie și iatrogenie a bolilor, cît și din metodele terapeutice de prim rang. La nivelul culturilor preștiințifice, *magiei negre* i se opune *descîntecul*. Dar vorbirea este și supapa carthartică care detensionează, sau urzeala care stabilește interacțiunea interpersonală în relațiile „eu-tu", esențiale vieții umane în genere și situației „medic-pacient" în particular.

Similitudini etologice îl leagă pe om de mamifere (legăturile strînse dintre mamă și copil și sexul, de exemplu) și, mai ales, de primatele superioare (curiozitatea, capacitatea de a imita, dezvoltarea semnalelor expresive, reglementări sociale cum ar fi integrarea după principiul dominării). Omul nu este atît un „animal cu instincte slabe", cît o ființă capabilă de *relaxare* a modalităților înnăscute de comportare, cu inserție a unor verigi învățate (Portmann) și o ființă capabilă de a și le *extinde*, de a și le *lărgi* (A. Gehlen). Astfel, comportamentului moral i se pot identifica *rădăcini etologice:* ereditare și specifice

Scanned with OKEN Scanner

pentru specie nu sînt *anumite* comportări morale, ci *normativitatea* oricărui comportament, ca bază pentru coacțiunea socială (acest lucru se observă și în joc — dar mai ales în vorbire).

Este îndelung discutată asimilarea omului cu un *animal domestic*. Notele de progresivă *domesticațiune* (și autodomesticațiune) ar apropia medicina umană de medicina veterinară . . . O anumită reducție a instinctelor de conservare individuală, o tocire a senzorialității, o dereglare a promptitudinii și coordonării motorii — sînt note implicate în domesticire. În schimb, instinctele alimentar și reproductiv se pot exacerba. La nivelul populațiilor, domesticațiunea se caracterizează prin contrarierea selecției naturale de către o selecție „artificială", adică dirijată după criterii care nu sînt proprii „luptei pentru existență". Protecția socială, mediul artificial, îngrijirea medicală permit supraviețuirea unor *inapți*. „Balastul genetic" crește și se dezvoltă însușiri care în mediul natural nu au semnificație adaptativă.

Pornind de la o anumită viziune despre om (ca ființă activă, capabilă de a învăța și de a „valoriza"), și despre preistoria sa (desfășurată în cea mai mare parte ca vînător și războinic), H. Schulze[62] se întreabă dacă în condițiile actuale de viață civilizată, autodomesticațiunea nu se exercită asupra noastră ca un complex patogen alcătuit dintr-o *degajare* de anumite activități (cum ar fi cele „combative") și dintr-o *supraîncărcare* nervoasă artificială. Multe nevroze ar avea la origină o *neangajare* a persoanei umane în activități naturale. Pe plan fiziologic este cunoscută necesitatea activității organelor pentru menținerea troficității lor. Nevoia *muncii* pentru echilibrul fizic și psihic este, de asemeni, îndeobște cunoscută (vezi mai departe). Pe de altă parte, terapeutica „naturistă" folosește cu bune rezultate postul și hidroterapia. Este de presupus că foamea, frigul și

[62] H. Schulze, *Der progressiv domestizierte Mensch und seine Neurosen*, Ed. J. F. Lehmann, München, 1964.

Scanned with OKEN Scanner

frica au jucat un rol însemnat în menținerea vitalității strămoșilor noștri; multe nevroze dispar (temporar sau definitiv) atunci cînd persoana este plasată în condiții neobișnuite, în care problemele sînt acute, urgente, „de viață și de moarte" (observații de acest gen au fost făcute pe front și în lagărele de concentrare). O continuă solicitare din partea mediului, între anumite limite de toleranță — întreține sănătatea. Se poate folosi cu succes o terapeutică prin *stress:* nu este vorba de *stress*-uri pozitive, de o varietate de impresii agreabile, ci de utilizarea unor *situații-limită* în care riscul (existențial) este resimțit (subiectiv) în toată amploarea sa. De exemplu, asemenea situații pot fi obținute prin zborul în planor. În multe nevroze, trăirea primejdiei are ca rezultat „reunificarea" personalității (pînă atunci — disociată și contradictorie) sau ruperea unui cerc vicios (depresiune-cruțare-„atrofie" psiho-corporală de inactivitate-depresiune). Terapia nevrozelor trebuie să țintească la mobilizarea forțelor proprii ale pacientului, în cadrul căreia se cer solicitate și instinctele combative. Pacientul trebuie dirijat către activitate, „adică — practic — pînă la lupta activă pentru satisfacerea drepturilor sale legate de nevoile vieții și pentru dezvoltarea capacităților sale". Pentru o terapie a *personalității* morbide nu este suficientă stimularea cutărei sau cutărei funcții fiziologice, ci folosirea *excitantului-primejdie.* Trăirea primejdiei are o semnificație vitală mai mare decît lipsa protecției împotriva frigului și a foamei. Aceste „situații solicitatoare" se cer acceptate de către pacient, liber și în deplină responsabilitate. Adăugăm că, în conformitate cu principiul *primum non nocere,* medicul va alege situațiile limită ce implică un minimum de risc *obiectiv.*

Omul a mai fost comparat cu un animal *dresat;* însă învățarea umană, care este o însușire de limbaj și de modele culturale, nu este reductibilă la neurofiziologia și la neuropsihologia dresajului. Interpretarea „caricaturală" (forțată) cea mai recentă se datorește etologului englez Desmond Morris care compară omul cu *animalul de menajerie (The human Zoo).*

Scanned with OKEN Scanner

Perspectiva etologică resemnifică sexualitatea, conferindu-i numeroase funcțiuni extra- și para-reproductive, de mare însemnătate individuală și socială încă de la primatele non-umane. Nuditatea omului și caracterul permanent al activității sale sexuale au fost interpretate în același context (*The nacked Ape*, D. Morris).

Alte lucrări teoretico-speculative de etologie umană, cu implicații medicale directe sau indirecte, se referă: a) la ură și agresivitate (K. Lorenz); b) la o eventuală fază de antropofagie a hominienilor vînători (Ardrey); c) la trăsăturile comportamentale ale omului-vînător, fixate ereditar (L. Tiger și R. Fox); d) la importanța etologică a dragostei (I. Eibl-Eibesfeld); e) la biocomunicație (G. Tembrock) și la importanța ei în psihiatrie (Ploog); f) la capacitatea de învățare (G. Kurth) etc.[63].

14. *PERSPECTIVA „ERGOLOGICĂ"*

În această perspectivă, omul nu este numai un *homo activus;* este creat filogenetic *de către* muncă (Fr. Engels), format (ontogenetic) ca personalitate *prin* muncă și *pentru* muncă. Munca are un caracter eminamente social; este o activitate *proiectată mintal* înainte de execuția ei (ceea ce, după K. Marx,

---

[63] Pentru bibliografie, a se vedea capitolele de *Verhaltenforschung*, scrise de I. Eibl-Eibesfeldt, B. Hassenstein și D. Ploog în *Biologische Anthropologie*, II/2, G. Thieme, Stuttgart, 1972, p. 3—178; I. Eibl-Eibesfeldt, *Grundriss der vergleichenden Verhaltensforschung*, Ed. Piper, München—Zürich, 1974; P. Overhage, *Der Affe in Dir*, J. Knecht, Frankfurt am Main, 1972. În *Grundriss der Verhaltenswissenschaften* (G. Fischer, Jena, 1973), G. Tembrock adoptă modelele sistemice, cibernetice și informaționale. Sub redacția lui G. Kurth și I. Eibl-Eibesfeldt a apărut, recent, volumul: ***Hominisation and Behaviour*** (1975).

Scanned with OKEN Scanner

deosebește cea mai imperfectă activitate umană de cea mai perfectă realizare a unei albine!); „modelul" ei semnificativ este *activitatea de producție* în cadrul căreia omul transformă părți din natură pentru a-și satisface nevoile vitale, activitate realizată prin unelte (omul făuritor de unelte: *homo faber*); în cele din urmă, munca poate fi considerată ca „prima necesitate vitală" a omului (K. Marx); sănătatea poate fi definită ca o „capacitate deplină de muncă" (la care se adaugă, firește, și capacitatea de a savura viața) (F. Hoff; definiția dată de OMS etc.). Statutul social al bolii include degajarea temporară de obligația de a munci (T. Parsons); vindecarea urmărește reabilitarea pentru muncă iar munca poate fi un mijloc terapeutic *(ergoterapie).* Munca poate fi însă și un factor patogen (nu numai în cazul bolilor profesionale!); medicina muncii este o „medicină antropologică" (implicînd considerații de selecție, orientare, adaptare, biotipologie)[64] iar medicina este chemată să-și aducă o contribuție esențială în organizarea optimală a muncii *(ergotomie).*

Pentru H. J. Lagroua, condiția echilibrului vital este acțiunea — iar *legea universală* care se află la baza vieții umane este „legea activității, însă a unei activități ordonate și adaptate într-un mediu armonios"[65]. Abaterile realizează vasta și polimorfa patologie a *inadaptărilor funcționale.*

Munca îmbracă diferite modalități psiho-sociale, de la munca silnică (absolut constrînsă, folosită ca sancțiune) pînă la munca „liberă" de tipul creației. Capacitatea de a iubi și de a munci creator este un criteriu de sănătate, după S. Freud.

---

[64] V. Săhleanu, *Medicina muncii ca medicină antropologică,* în *Din trecutul medicinii muncii în România,* Ed. Medicală, București, 1971.

[65] H. J. Lagroua, *Médecine de l'homme,* 2 vol., Ed. Maloine, Paris, 1963.

Scanned with OKEN Scanner

Problema relațiilor dintre sănătate și creație este însă mai complexă. De la Platon pînă azi, s-au dezbătut raporturile dintre *geniu* și *nebunie:* „pentru că" sau „cu toate că". C. Lombroso, Max Nordau au avansat ideea „degeneratului superior", iar Gina Lombroso a scris o carte despre *Avantajele degenerării.* Această problemă va fi reluată în capitolul referitor la *homo patiens.* Oricum, dictonul *Mens sana in corpore sano* nu se referă la sfera creativității; este un ideal, nu o concluzie.

15. *PERSPECTIVA BIOPOPULAȚIONISTĂ ȘI BIOECOLOGICĂ*

1. Medicina se poate „orienta" în parte, și după criteriile curent folosite de către antropologi în caracterizarea *populațiilor* umane. Tipologia orientării clasice a antropologiei este tipologia rasială — și nu cea constituțională. Există diferențe fiziologice și de adaptabilitate, între subspeciile și rasele umane. Astfel, mongoloizii își dobîndesc toleranța la frig crescîndu-și metabolismul bazal, în timp ce australienii (aborigeni) și laponii nomazi se adaptează prin transfer caloric în extremități, grație redistribuției sanguine; europenii se izolează termic prin grăsime subcutanată; dar această grăsime conferă negrilor o protecție față de frig, mai mică decît cea obținută de albi[66]. Antropobiologia ultimelor decenii a utilizat masiv, pentru studiul variațiilor umane, grupele sanguine și (în ultima vreme) spectrul proteinelor sanguine. S-au putut stabili corelații între apartenența la grupele sanguine ABO și receptivitatea sau rezistența la anumite boli. De asemeni s-a stabilit că anumite variante biochimice ale hemoglobinei joacă

[66] Ch. S. Coon, *The taxonomy of human variation,* în „Ann. New York Acad. Sci.", 1966, vol. 134, art. 2, p. 521.

Scanned with OKEN Scanner

un rol în imunitatea antimalarică. Interpretarea *biologică* cea mai plauzibilă este următoarea: „din punctul de vedere al taxonomistului uman, cea mai importantă funcție a sîngelui este să confere rezistență la boală. De aceea, variațiile genetice (din acest sector) sînt răspunzătoare în măsură considerabilă pentru distribuția geografică prezentă a raselor" (Ch. S. Coon).

2. *Patologia geografică* este, în parte numai, „ecologie medicală" (Avțin), adică studiul mediului geografic ca factor patogen (sau sanogen). În acest sens, ea cuprinde, firește, și ceea ce s-a numit *geologie medicală* (gușa endemică este, de exemplu, o boală *geochimică*, prin carență în iod). Dar ea este, în mare parte, o patologie legată de rase, de activitatea specifică social-economică a populațiilor, de „modelele" culturale — cu condiționare, în mare măsură, istorică. Accentul pus pe factorul de mediu natural, pe factorul rasial sau genetic, pe factorul social-istoric, variază după autori[67]. Probabil că el variază și de la o regiune la alta, ca și de la o boală la alta, sau de la o etapă istorică la alta.

Relațiile *patologiei geografice* cu *antropogeografia* (geografia umană) sînt deosebit de strînse, în sensul că prima nu se rezumă la a folosi coordonatele geografice ci caută să explice frecvența inegală a bolilor prin modul particular, local, de interacțiune a omului cu natura. Acest mod poate include omul oarecum pasiv, ca membru al unui *ecosistem* din care fac parte paraziți patogeni, vectori, „rezervoare de virusuri" etc.; s-a propus și termenul de *patocenoză* (Grmek). Dar omul poate fi privit ca ființă activă dotată cu civilizație și cultură: în care caz patologia geografică are relații strînse cu etnografia, etnologia,

---

[67] Șt. Milcu și C. Maximilian (*Introducere în antropologie*, p. 252) tind să nege rolul particularităților biologice ale populației (de fapt, rolul „terenului") în profilarea patologiei geografice.

Scanned with OKEN Scanner

sociologia, antropologia social-culturală. Patologia geografică nu exprimă, în *primul rînd*, patibilitatea inegală a diferitelor rase umane la aceiași factori patogeni, deși există o rezistență specifică (sau nespecifică) ținînd de genotip, ca și o selecție naturală a genotipurilor rezistente la anumite boli; dar distribuția acestor genotipuri nu se suprapune peste aceea a tipurilor rasiale (sicklemia, care — în stare heterozigotă — conferă rezistență față de malarie, este răspîndită nu numai în unele zone ale Africii negre, ci și în unele zone ale Mediteranei „albe"). O ilustrare a prevalenței sociologicului este frecvența crescută a bolilor epidemice și tropicale în orașele portuare. O bună parte din patologia geografică este reductibilă la o „geografie alimentară" (sau la ceea ce J. de Castro numea „geografia foamei")[68].

16. *MEDICINA ȘI „ESENȚA" UMANĂ*

Medicina „ideală" nu numai că nu ignorează *specificul* uman, dar trebuie să-l așeze în *centrul* ei. Și dacă vorbim despre *specific*, este necesar să situăm omul într-o largă perspectivă ontologică și cosmologică, la trecerea *calitativă* între biologic și social-istoric. O problemă fundamentală a antropologiei, înțeleasă ca știință teoretică și metodologică, este studiul *dialecticii biologicului și socialului* în viața concretă, care este viața *socială concretă*[69].

---

[68] A se vedea și V. Săhleanu, *Sănătate și teritoriu*, în *Sociologia militans*, vol. V, Ed. științifică, București, 1972, p. 275—292.

[69] A se vedea: V. Săhleanu și N. S. Dumitru, capitolul despre Antropologie în *Dialectica metodelor în cercetarea științifică*, vol. II, Ed. științifică, București, 1966. L. Sève insistă, însă, asupra *relațiilor sociale* ca alcătuind specificul uman; acest specific nu poate fi extras din compararea *indivizilor*, el este extracorporeal.

Scanned with OKEN Scanner

Sociologismul raportează manifestările umane (cauzal și genetic) în exclusivitate la coordonate sociale. Determinismul social-economic *de ultimă instanță* este privit ca determinismul de *primă importanță*. O asemenea raportare exclusivistă nu este satisfăcătoare nici pentru problematica sănătății maselor (sănătății publice), cum am arătat în capitolul referitor la Antropologia medicală a populațiilor. S-a argumentat pertinent (P. Pînzaru, 1973) că celebra teză a lui Marx: „omul este suma relațiilor sale sociale" a avut un caracter polemic: „esența" omului este *bio-psiho-socială*. S-ar putea susține, totuși, că „esența" specifică nu trebuie confundată cu totalitatea notelor specifice și importante — și că, uneori, importanță practică au neesențialul și accidentalul. În acest caz, patologia *somatică* umană, deși poate duce la moarte, s-ar referi la note lipsite de însemnătate, pentru „antropo-ontolog"! În realitate, însă, biologicul nu este numai o premisă „permisivă" a vieții umane, ci este și *valorificat* pe scară largă în viața socială și culturală.

O lămurire suplimentară o cere termenul de „psihic". Perspectiva informațională și cibernetică asupra sistemelor materiale permite formulări superioare celor tradiționale asupra psihicului și asupra relațiilor reciproce dintre psihic și somatic. Este util să înțelegem prin psihic, o formă specială de comunicație între organism și mediul ambiant, al cărui suport îl constituie imaginea și al cărui mecanism este localizat în sistemul nervos; el devine „un model ideal al mulțimii factorilor externi care au o semnificație adaptativă" (A. Dicu, 1973). Organism au și animalele, organism are și omul — și același lucru se poate afirma și despre psihic. Dar *conștința umană* este un *anthropologicus*, este un fenomen cu determinism social-istoric, corespunzător unei modalități adecvate de vehiculare a informațiilor: limbajul. Conștiința lumii obiective se comple-

Scanned with OKEN Scanner

tează cu conștiința de sine; iar funcția esențială a conștiinței, *cogniția*, se dezvoltă sub cel puțin trei aspecte: proiectiv, anticipativ, reglator. O concepție *ierarhică* asupra vieții psihice rezolvă și „dilema" vieții inconștiente (sau subconștiente). Concepția sistemico-informațională asupra psihicului vede în acesta expresia unei integrări funcționale supreme a somaticului și respinge substituirea „scientistă" a termenului de psihism, prin cel de „cerebralitate" sau de „corticalitate".

Înțeleasă mai larg, ca bio-psiho-socialitate, „esența umană" include *istoricul* și *culturalul*. Corelatele patologice ale acestor categorii sînt, printre altele:

1. *patologia socio-somatică:* mediul social ca factor patologic (Șt. Stîncă, 1891); influențe demotrope (asupra populațiilor) și idiotrope (la nivelul anumitor indivizi); o parte din patologia psihosomatică, ca și o parte a patologiei profesionale, se subordonează patologiei socio-somatice;

2. *patologia istorică,* inclusiv așa-zisele boli ale civilizației[70]: studiul istoric al patologiei ne arată că anumite boli (sau anumite patocenoze) au caracterizat anumite perioade istorice. După ciuma și lepra Evului mediu au urmat luesul, apoi tuberculoza epocii moderne — iar astăzi, în urma jugulării multor boli contagioase, predomină patologia cardio vasculară, nevrozele, bolile psihosomatice, cancerul etc. Această schimbare a profilului morbidității este proprie țărilor dezvoltate; dar sute de milioane de oameni, din fostele colonii și din țările subdezvoltate, mai sînt încă victime ale bolilor parazitare (tripanosomiaze, malarie, vierminoze etc.) și ale altor boli; ele grevează potențialul lor biologic și socio-psihic,

[70] V. Săhleanu, *Civilizație și boală,* în vol. „Almanahul Civilizației", Ed. științifică, București, 1969, p. 137—140; M. Pădurcleanu, *Boli specifice civilizației contemporane,* Ed. Medicală, București, 1972.

Scanned with OKEN Scanner

impietînd asupra progresului social-economic și asupra capacității lor de a „face istorie".

Dinamica istorică a populațiilor umane *(antropodinamica)* ar putea fi privită, schematic, ca o interacțiune între mai multe componente: *biodinamica, psihodinamica, sociodinamica, patodinamica* și *iatrodinamica* (prin acest ultim cuvînt înțelegîndu-se dezvoltarea capacităților și posibilităților medicinii).

Cît de incompletă este abordarea „naturalistă" („biologizantă") a omului, în cadrul practicii medicale, ne-o sugerează și răspunsurile la întrebarea dacă omul poate sau nu să fie considerat o ființă *naturală*. Categoric, nu — răspunde A. Gehlen (1940) —, după care omul este o ființă deficitară *(Mängelwesen)*, lipsită de specializări biologice pe linia atacului și apărării; această deficiență și-o supracompensează prin cultură și civilizație: deci omul este „o ființă culturală prin *natura* sa". Pentru Portmann, omul se naște ca o „ființă naturală expusă" iar lunga copilărie îl învață să se protejeze și să *atace* natura printr-un mediu intermediar artificial, un *Mediokosmos*. Omul este „nenatural" de la „natură", scrie și Plessner (1951), pentru care omul nu este un *Mängelwesen*, ci (după o expresie folosită încă de Herder!) este un „invalid al forțelor sale superioare", prizonier al *instrumentalității* prin care-și prelungește instrumentalitatea corporală; aceste *mijloace* îi sugerează un „dincolo" mereu intangibil.

„Adevăratul climat natural al omului este artificialitatea", notează și un eseist român contemporan[71].

Condiționarea social-isorică a omului este un principiu fundamental al materialismului istoric. Ea nu se referă numai la conștiință, ci în primul rînd la comportament, la modul de viață, la detalii somatice, la profilul patologic etc.; însă conștiința are un rol activ în acest complex. Activitatea

---

[71] M. Malița, *Aurul cenușiu*, vol. III, Ed. „Dacia", Cluj, 1973, p. 18.

(munca), ansamblul relațiilor sociale, sistemele culturii materiale (ex. industria), fenomenele de comunicație: iată principalii factori ai acestei condiționări. Prin *enculturație* omul învață, între altele, limbajul, adoptă modele de acțiune practică și de viziune asupra lumii, asimilează valori.

O cercetare antropologică adecvată nu poate fi, de aceea, decît o cercetare complexă. După Șt. Milcu, patru sînt principalele principii ale *cercetării antropologice în complex:* a) al unității dintre organism și mediul său specific de viață (principiu ecologic); b) al unității dintre biologic și social; c) al unității dintre prezentul și trecutul populațiilor; d) al unității dintre normal și patologic.

17. *MEDICINA PERSOANEI*

W. Stern (*Person und Sache,* 1924) a opus „persoana" și „lucrul". Persoana are o unitate reală, specifică, particulară — cu toate că este alcătuită din părți; este un sistem care se autoconservă și se autodezvoltă; are autonomie și centralizare; întregul ei este primar (sau primordial: nu se alcătuiește din părți preexistente). Modul de abordare *personalistic* a generat în perioada interbelică, o *Biologie a persoanei,* sub redacția lui Th. Brugsch și o *Patologie generală și specială a persoanei,* al cărei autor a fost Fr. Kraus. Th. Brugsch insistă asupra unității dintre formă și funcție la nivel organismic și asupra funcțiilor de autoreglare. Fr. Kraus pune accentul asupra unicității individului și pe integrarea realizată de sistemul neuroendocrin. El schițează și o *stratificare* a persoanei, deosebind o *persoană profundă (Tiefenperson),* vegetativă, de o *persoană corticală.* Doctrina sa este conexională *(syzyologie).*

Scanned with OKEN Scanner

H. Binder[72] a urmărit *constituirea* persoanei, atît filogenetic cît și ontogenetic. Planta neavînd organe centrale, „*este* corp"; animalul, cu reglare centrală, „*are* corp"; apar succesiv organe psihice (și subiectivitate!), „eu", relații inteligibile. De la cauzal se trece la teleonomic și apoi la motivat. „Persoana psihică" permite să identificăm straturi sau trepte de evoluție ontogenetică.

1. Se deosebește, mai întîi, o treaptă *vital-psihică* (sau psiho-vitală). Aici domină instincte (pulsiuni) de îndestulare a vieții ca atare, de apărare a ei, de contact simbolic cu alte ființe: „viața" despre care vorbim este în mare măsură neindividuală (preindividuală). Acest *Es-Selbst* nu poate fi totuși etichetat ca fiind *pătura animală* din om, deoarece (la om) are anumite însușiri specific umane. „Persoana vitală" include viața *psihică*, spre deosebire de „persoana profundă" a lui Kraus care se limita la sfera organică. Premisele *antropologice* ale acestei etape sînt legate de faptul că nou-născutul uman este oarecum prematur, mult mai puțin specializat (determinat, „fixat") decît nou-născutul altor specii animale. Tendințele din această perioadă neonatală nu sînt legate de obiecte precise; ele sînt mai mult *propulsive* decît *impulsive* (Thomae).

2. O a doua etapă (treaptă, pătură) este aceea pulsională (instinctivă) *individuală*. Se poate vorbi de un „eu instinctiv", care urmărește menținerea în relativă constanță a condițiilor vitale, conservarea. Tendințele sînt legate de apetit, plăcere, atac, apărare etc. Integrarea pulsiunilor vitale în edificiul eului nu este completă. Procesele psihice au, încă, un caracter oarecum pasiv, sînt „suferite" („mi se întîmplă"; caracterul lor este *patic*). În această pătură își au rădăcina și pulsiuni expansive — ca do-

[72] H. Binder, *Die Menschliche Person*, Ed. H. Huber, Bern—Stuttgart.

Scanned with OKEN Scanner

rința de posesiune, putere, valorizare. Se stabilesc relații specifice — nu numai cu mediul fizic *(Umwelt)* ci și cu cel social imediat *(Mitwelt)*.

Treapta vital-psihică și cea pulsional-individuală alcătuiesc împreună, *persoana biologică* sau *naturală*. Antropologia medicală a primelor decenii din secolul al XX-lea — naturalistă, se mărginea la considerarea acestor trepte. De exemplu, Pierre Janet concepea persoana ca fiind o ierarhie de instincte: *peste* tendințele vechi, propriu-zis instinctuale, se suprapun-neau tendințe noi (rațională, sociale, culturale), dinamizate prin drenarea energiilor primelor. Brun vedea în aspirațiile sociale, etice, estetice, religioase — elaborări *secundare* ale pulsiunilor *primare*. Schilder încerca și el să „deriveze" din sexualitate, din frică și din dorința de putere — întreaga gamă a tendințelor psihice. Monakow deosebea instincte cu finalitate individuală *(horme)* dînd naștere, filogenetic, la instincte cu finalitate supraindividuală *(noohorme)*. K. Goldstein admitea și el filiațiunea gîndirii conștiente din viața pulsională. Expresia cea mai cunoscută a acestei direcții de gîndire se găsește însă în metapsihologia lui S. Freud. El nu a putut însă să explice cum de este posibil ca *derivatul* să se *opună*, pînă la contrazicere, *primordialului*, alcătuit din viața pulsională.

3. În realitate, suprastructura aceasta (care apare clar, la copil, începînd din anul al 3-lea al vieții) este o elaborare complexă și diferențiată, în cadrul căreia persoana *spirituală* are un loc central. Termenul de „spiritualitate" are, în literatură, cîteva duzini de semnificații. H. Binder aderă la o semnificație fecundă pentru dezvoltarea conceptului de personalitate sintetică[73]. Spiritualul nu va fi „redus" la con-

[73] N. Hartmann deosebește „păturile": material, organic, psihic *(Seelisch)* și spiritual *(Geistig)*; sufletul este „subiectivitate, raportare la mine" în timp ce spiritualul înseamnă orientare spre valori *obiectiv* (social? supraindividual) recunoscute. M. Scheler a desemnat prin *spirit*, instanța

ştient, nici separat ori *opus* sufletescului. Cel mult va fi considerat în opoziţie cu pulsionalul şi *ireductibil* la el. *Spiritualul* individual comunică larg cu *culturalul* pe plan social. Pulsiunea caută „încheierea" unei stări de tensiune — este orientată spre individ sau spre obiectul exterior *utilizabil.* Spiritualitatea este orientată spre supraindividual şi spre lume, pentru ceea ce are ea intrinsec; caracteristică este căutarea infinită şi *dăruirea* de sine; dacă ea include o împlinire, aceasta se obţine *per effectum* şi nu *per intentionem* (Frankl). Binder nu rupe spiritualitatea de biologic, o consideră ca o „eflorescenţă a vieţii" care revelează marile posibilităţi *suprabiologice* ale vieţii. „Spiritul sesizează melodii care au răsunet mai înainte în viaţa instinctivă, dar creează o muzică cu totul nouă". Aceasta se întîmplă pentru că „păturile" sufletului nu sînt straturi geologice; ele admit *reimplicări şi rezonanţe* (Rudert). În „vital" găsim dispoziţii potenţiale pentru „personal". Concepînd persoana umană ca fiind edificată „de jos în sus", H. Binder reuneşte eul pulsional-individual cu cel spiritual într-o *zonă orectică.* Motivaţia orectică corespunde cu aceea *raison du coeur,* despre care vorbea Pascal.

Zona orectică împreună cu cea vital-preindividuală alcătuiesc *păturile endotime.*

4. La acestea se adaugă (începînd din anul al 4-lea) o suprastructură *conştientă* respectiv *discursivă.* Pentru această pătură sînt caracteristice: despicarea lumii în obiect-subiect, reflexiune, controlul conştient cu rol esenţial în desăvîrşirea proprie, capacitatea de distanţare faţă de „eul actual", aspectul spontan activ, de iniţiativă (şi nu „patic"!) al actelor

---

interioară care inhibă, renunţă, refuză, neagă — iar L. Klages a văzut în spirit gîndirea raţională „tehnică", un adevărat *contrazicător* al „vieţii" şi al „sufletului". V. Frankl a legat spiritualul de viaţa axiologică (valori sociale, etice, estetice, noetice, religioase).

Scanned with OKEN Scanner

psihice, gîndirea analitică etc.[74]. Această pătură conștientă-discursivă se pune de obicei „în slujba" spiritualității (înțeleasă în sensul amintit mai sus).

Stratificarea propusă de H. Binder corespunde parțial cu unele stratificări propuse de alți autori. Termenul de *endotimie* este împrumutat de la Lersch; Kleist a vorbit despre *paleo-* și *noopsyché;* Kleist și Thiele au deosebit un *somato-* și *thymo-psyché* etc. Pentru noi este important să menționăm că Binder schițează unele corespondențe cu instanțele neurofiziologice, cu zonele cerebrale. Păturile endotime au, probabil, ca substrat (sau sînt *expresia* lor!) hipotalamusul, talamusul, centrii vecini din trunchiul cerebral; pătura „spirituală" — scoarța bazală a lobilor frontal și temporal; pătura discursiv-conștientă ar corespunde scoarței frontale (restul scoarței fiind atribuit funcțiilor senso-motorii și memoriale). „Nucleul" intim al Eului psihic ar avea corelații strînse cu planșeul ventriculului al treilea, în timp ce sistemul reticulat ar condiționa „trăirea", conștiința, controlul și reglarea evenimentelor psihice.

5. Înțelegerea deplină a persoanei umane nu este posibilă numai pe baza datelor empirice și considerațiilor expuse. Mănunchiul de potențialități (virtualități) specific umane, de care se ocupă mai ales antropologia filozofică, este esențial în unele situații și împrejurări; asupra acestei probleme vom mai reveni.

Persoana umană este rezultatul unui proces filo- și ontogenetic de *personalizare*. „Personalitatea" nu este decît expresia cea mai înaltă a unui principiu de reglare și integrare care se manifestă — la nivel organic — pe linia formativă și funcțională. Func-

[74] În terminologia germană, „eul vital" este *Es;* cel pulsional este *Selbst;* cel discursiv — este *Ich.*

Scanned with OKEN Scanner

ţiile „personalităţii“ (acest cuvînt este folosit pentru a desemna nucleul intim, central, dominant al persoanei) sînt multiple: ea controlează conflictele interioare, caută să armonizeze disonanţe, echilibrează, compensează, coordonează, mediază — în folosul întregului psiho-organic. Puterile sale sînt însă limitate iar *depăşirea* acestora o întîlnim în nevroze, psihopatii etc. Pe de altă parte, personalitatea manifestă în mod pregnant tendinţe de autorealizare, împlinire, autodepăşire şi o specie *sui generis* de dezechilibru creator. Prin *personalitate concretă (Persönlichkeit)*, H. Binder înţelege un individ uman dotat cu activitate intensă şi fecundă, cu originalitate, cu ţeluri spirituale.

I s-ar putea reproşa lui H. Binder, între altele, atenţia insuficientă dată *factorului social* în edificarea modelului său despre persoana umană. Analizînd conceptul sociologic de persoană, autorul nu se opreşte asupra rolului *genetic* al societăţii, ci asupra „topografiei“ zonelor în relaţie imediată, actuală — cu mediul social *(Mitwelt)*. Acestea sînt zone *periferice*, dacă le privim pe orizontală şi aparţin tuturor păturilor considerate pe verticală (vitalpsihică, pulsională, spirituală, discursivă). C. G. Jung introdusese termenul de *„persona“* pentru această „mantie sociologică“ a individualităţii, uneori neautentică (mască), confundată poate cu *rolul*. Binswanger vedea în contactul „personal“, un contact *mijlocit* prin considerente utilitariste, iar Heidegger, în persoana socială, adeseori o inautentificare *(Man)*. Gebsattel admite un „conflict dialectic“ între *persoană* (ca nucleu al Individualităţii) şi „persoana“ socială. Firește, asemenea spicuiri nu au decît o intenţie caleidoscopică; relaţiilor formative şi *patogene* între indivizi şi societate le consacrăm, în altă parte, spaţiul cuvenit.

Scanned with OKEN Scanner

Cunoașterea naturalistă a unui corp (trup) se efectuează, în parte, prin analize biochimice și biofizice, cu ajutorul metodicii tehnice și ne prezintă un sistem complex de organe. Dar experiența nemijlocită, ajutată de analiza fenomenologică, ne semnalează „corpul cuiva", prin care acesta se inseră în ambianță. Pentru fiziolog, corpul este un „lucru"; în această accepție, pot să spun că „*am* un corp" iar psiho-fiziologia este privită ca o unitate a corelațiilor între două aspecte „substanțializate". În realitate, „eu *sînt* un corp"; intențiile mele sînt realizate *prin* mijlocirea acestuia, pe care-l sesizez ca pe o materie însuflețită și spiritualizată.

Un asemenea „corp" formează, într-alt sens decît în sensul fiziologiei „fizicaliste", o unitate cu ambianța. El este *situat* într-un mediu care acționează prin *semnificația* impresiilor pe care le generează. O *semnificație* este cea care organizează activitățile nervoase și funcțiunile vegetative și endocrine (și nu invers): de exemplu, urticaria la frig se produce din cauza unui frig „remarcat". Fiziologii vorbesc despre excitanți și sînt indiferenți la probleme *situative*. În realitate, procesele cauzal-funcționale decurg ca un corolar al unei anumite relații între corp și situația cu o anumită semnificație. Corpul nu poate fi considerat ca un aparat mișcat eventual de o voință, ci el se adaptează unei relații intenționale (eventual motivată de conștient) cu situația dată. Sau, cel mult, împreună cu Th. Uexküll, el poate fi numit „aparat de ocazie", care de la o circumstanță la alta se restructurează în vederea unor alte țeluri (corp de

[75] F. J. Buytendijk, *Prolegomena eines anthropologischen Physiologie*, O. Müller, Salzburg, 1967; vezi și comentariul lui H. Tellenbach în „Der Nervenarzt", vol. 41, nr. 8, p. 400—403.

Scanned with OKEN Scanner

muncă, de gimnastică, de sexualitate etc.), astfel încît procesele fiziologice se constelează de fiecare dată într-altfel. O categorie centrală a acestei perspective devine *subiectivitatea corporală (corps connaissant)* (Merleau-Ponty). Se deschide astfel calea către teoretizarea relațiilor dintre influențele culturale și fiziologia reglărilor din organismul uman. Această țesătură se întruchipează în „moduri-de-a-fi-exemplare" (Buytendijk), de exemplu: a fi treaz sau a adormi, a fi obosit, a fi flămînd sau însetat, a fi labil, a fi emoționat, *a fi bolnav* etc. Propriul corp poate fi el însuși, așadar, o situație motivatoare.

Este paradoxală observația după care „obiectivitatea științelor naturii exclude, din principiu, cunoașterea omenescului" (Tellenbach). Dacă fiziologia (și, în general, biologia) orientată naturalist ignorează din capul locului subiectivitatea, este imposibil să mai integrăm *ulterior* subiectul, în sistemul de cunoștințe — susține Buytendijk. „Reintroducerea subiectului în fiziologie și biologie este marea problemă a gîndirii moderne" — notează și H. Ey.

Spre deosebire de fiziologia „naturalistă" care se folosește de metode apropiate de cele ale fizicii și chimiei, fiziologia antropologică este, metodologic, mai aproape de *etologie:* ea culege imagini macroscopice ale proceselor corporale, ale configurațiilor dinamice, notînd corelațiile lor cu situațiile semnificative.

În această privință, antropologia filozofică a semnalat, totodată, caracterul *instrumental* al corporalității umane (H. Plessner). O notă distinctivă a omului este poziția sa „excentrică", ne-congruența cu propriul organism în manifestare, capacitatea de a se „distanța" de sine-însuși; omul poate spune „corpul *meu*", în timp ce animalul *coincide* întotdeauna cu el-însuși. La aceasta a contribuit, firește, în mod esențial, stațiunea erectă și eliberarea „cîmpului mînă-ochi". Față de existența sa fizică,

omul are, așadar, o dublă relație: de identitate *(er ist sie)* și de exterioritate *(er hat sie)*. Nu este de mirare faptul că omul este făuritor de unelte: el își prelungește, prin proteze, *instrumentalitatea* propriului corp. Relația de exterioritate explică posibilitatea de a ne *manipula* sau *manevra* corporalitatea, imensa capacitate de modulare motorie pe care o are omul[76].

La concluzii convergente ajunge și Hengstenberg[77]. Corpul omenesc este specializat pentru a efectua simultan activități biologice și „metabiologice". Ultimele nu le tulbură pe primele. Respirația servește oxigenării, dar și cîntatului și vorbitului. Omul merge, aleargă, dar și dansează. Rădăcina acestei însușiri este o anumită orientare (cu inițiativă! nu pasivă) către *lucruri*, cu acceptarea existenței și esenței lor: o adevărată „conspirație" cu acestea *(Sachlichkeit)*. Dacă omul „are un corp" (și nu *este* doar corp), aceasta se întîmplă întru disponibilitatea metabiologică. El poate crea noi configurații motorii, spațiale, temporale. Corpul este o *expresie* a omului și corpul omului este organizat pentru a fi *expresiv*, sub semnul comunicativității.

19. *HOMO PATIENS*

1. Dacă este indispensabilă cunoașterea omului *sănătos* pentru abordarea, înțelegerea și tratarea omului *bolnav*, cît de îndreptățită poate fi afirmația după care fără cunoașterea bolii nu este posibilă o autentică Antropologie?

---

[76] H. Plessner, *Homo absconditus* și *Der Mensch als Lebewesen*, în *Philosophische Anthropologie — heute*, Beck, München, 1972, p. 37—64.

[77] H. E. Hengstenberg, în *Philosophische Anthropologie — heute*, Beck, München, 1972, p. 65—83.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru gînditorul analitic, de exemplu pentru fiziolog, boala este un „experiment natural“ (sau mai bine zis, realizat fără intervenţia experimentală). Cl. Bernard a acceptat această teză şi a exemplificat-o în *Introducerea în medicina experimentală*. Pe aceeaşi linie de gîndire, fiziopatologului i se relevă, în condiţii de îmbolnăvire, capacităţi reactive, homeostatice, compensatorii etc., care erau latente în starea „normală“.

Şi pentru gînditorul sintetic din biologie, de pildă pentru ecolog, boala nu poate fi exclusă din cadrul preocupărilor sale, de vreme ce multe situaţii morbide exprimă (pe plan pragmatic uman, sau pe planul subiectivităţii umane) echilibre sau dezechilibre *sui generis* între componentele unei biocenoze (endemia sau epidemia infecţioasă) sau ale unui ecosistem.

Antropologul specializat în genetică, sau în filogenie, ştie că cele mai multe boli ereditare sînt mutaţii, fac parte din variabilitatea „spontană“ a fondului genetic, care alcătuieşte materia primă pentru evoluţie (prin mijlocirea selecţiei naturale).

Mai puţină atenţie s-a dat faptului că, în populaţiile naturale, boala epidemică constituie un factor de echilibrare demografică şi un puternic factor selectiv[78].

2. De optzeci de ani încoace, psihiatria oferă material „caricatural“ pentru înţelegerea psihodinamicii (nevrozele — la S. Freud) şi pentru conturarea biotipologiilor (psihozele şi epilepsia — la E. Kretschmer). De fapt, metoda patologică este încă mai veche — şi ea s-a dezvoltat, poate cu o strălucire încă mai mare, în Franţa (Th. Ribot, P. Janet, G. Dumas etc.). Th. Ribot compara modalitatea morbidă cu o „lupă“ aplicată asupra fenomenului normal.

---

[78] V. Săhleanu, *Boala — obiect de cercetare antropologică?* „Forum“, 1970, vol. 12, nr. 4, p. 38—43.

Cît de justificat poate fi demersul înțelegerii sănătății, pornind de la boală? Criticile „patomorfismului" au venit de la cei care credeau că limitele între „sănătate" și „boală" sînt nete și liniare, că aceste două concepte au mai mult decît o valoare pragmatică: că „boala" este o manifestare vitală care *diferă calitativ* de manifestările „sănătoase": tot atîtea susțineri foarte discutabile.

Valoarea euristică a materialului patologic nu poate fi negată. Rezultatele depind de priceperea celui care le folosește.

3. Dar „boala" nu este o raritate, ci „omul sănătos" *în tot timpul vieții sale* este un caz excepțional. Unele atingeri morbide par cvasi-obligatorii pentru omul civilizației de azi (rujeola, complexul primar tuberculos, caria dentară; adenomul de prostată, ateromatoza). Ca atare, excluderea ipostazei de *Homo patiens* dintre ipostazele Omului, sărăcește masiv modelul uman. (Nu punem la socoteală bătrînețea, care este o stare morbiformă — distrofică, poate chiar o boală; nici gestațiile, parturițiile și menopauza, stări care, la femeie, sînt departe de a însemna stări sanogenetice sau măcar echilibrate. Respingem însă caracterizarea lui Nietzsche după care omul ar fi „un animal bolnav").

4. Boala trăită este o situație psihologică și sociologică specială. Din primul punct de vedere, ea este o „situație-limită" în care durerea, modificările cenestezice, anxietatea, stînjenirea libertății (boala este „viață limitată în libertatea ei", K. Marx), teama de moarte — alcătuiesc urzeala unei drame intime și aduc cu sine regresiuni de mentalitate, ca și cerința acută a unei comunicații interumane și a unui contact interpersonal, sub semnul nevoii de ajutor. Trăirea „situațiilor-limită" are relevanță psihologică, morală, existențială. Rolul gnoseologic al bolii trăite a fost o temă dezbătută de romantici (Novalis) ca și de Th. Mann. În acest sens boala poate fi nu numai

Scanned with OKEN Scanner

„inactivare" temporară sau chiar o dezagregare, ci o situație *formativă* de caracter și de spiritualitate.

Boala ne dezvăluie, în primul rînd, ceea ce Zutt numea „corpul trăit". Înțelegerea bolii nu este completă dacă folosim numai categorii *ontice,* legate de ceea ce poate fi analizat *obiectiv;* la acestea, se cer adăugate categorii *patice,* legate de subiectivitate (V. v. Weizsäcker): „este permis, trebuie, vreau, pot"[79]. Dar boala ne prezintă, cu ascuțime, *trăirea* în genere (*le vécu,* E. Minkowski).

În ce privește contactele umane, pe *plan obiectiv* avem de luat în considerare *statutul* psihosocial al bolnavului, variabil de la o cultură la alta și, în cadrul aceleiași culturi, de la un mediu social la altul. Exemple se pot da destule: în unele societăți primitive, bolnavul este privit ca un blestem pe capul colectivității, în timp ce în altele, psihoticul dobîndește un prestigiu de vizionar; pînă la Pinel (sfîrșitul secolului al XVIII-lea), bolnavii mintali erau ținuți în lanțuri și supuși unor maltratări cu intenții terapeutice; în mediile militare, suferindul este depreciat; societățile civilizate contemporane scutesc bolnavul de unele obligații și de unele responsabilități, dar îi cer — în schimb — să colaboreze la însănătoșirea sa cît mai grabnică.

Pe plan subiectiv, boala (ca și dragostea, dealtfel!) evidențiază importanța esențială a interrelației „eu-tu" (*psihologia la persoana doua* care, după E. Minkowski, este autentica psihologie antropologică).

5. *Atitudinea față de boală* este, poate, cea mai *relevantă* situație antropologică întîlnită în cîmpul medicinii. Omul posedă reflexiune, nu numai reflectare; are un psihic autoreflectant; în reflexiune este implicată o *distanțare* chiar față de noi înșine; putem lua atitudine critică și față de propria noastră ati-

---

[79] G. Glaser, *Lehrbuch der biographischen Analyse,* Ed. Thieme, Stuttgart, 1963, p. 7.

tudine, ca și față de propria noastră critică, ca și alegerea și resemnificarea, *atitudinea* este o ipostază a libertății. Ea se complică cu o atitudine față de trup, față de ceilalți, față de viață, față de lume. Corelațiile și valorizările anterioare sînt puse sub semnul îndoielii. Se poate schița o *tipologie* a atitudinilor față de propria durere, suferință, boală. Putem să ne complacem în ipostaza de suferind, sau să o respingem, chiar „simulînd" sănătatea; putem găsi (sau da) sens elementelor morbide; „trăirea" bolii poate fi o ocazie de restructurare a vieții interioare sau exterioare. Autocontrolul, autodeterminarea, refuzul de a te lăsa doborît, umorul — sînt atitudini specific umane. Atitudinea cea mai creatoare o găsim în ceea ce Blaise Pascal numea *la bon usage de la maladie*. Legătura dintre boală și creativitate apare astfel în altă lumină.

Durerea, boala, nebunia, moartea chiar — devin ocazii ale *depășirii* suferinței și ale convertirii Haosului personal în Cosmos socialmente util. Două stele polare permit ieșirea din dezorientare: *sensurile vieții* și speranța *(dum spero, spiro)*.

6. *Moartea* este o problemă relativ neglijată a psihologiei medicale. Este, însă, o problemă esențială a Antropologiei medicale teoretice și filozofice, deoarece omul este singura ființă care știe că va muri și care, paralel, se *teme* și de moartea altora (G. Marcel scria: „*te iubesc* însemnează *tu nu trebuie să mori*"). Și în privința atitudinii față de moarte, sau față de „șocul" produs de moartea altuia, se poate schița o tipologie (Săhleanu, 1971)[80].

Putem fi de acord cu Plessner cînd afirmă că omul trebuie privit ca un „antagonist al letalității vieții".

---

[80] A se vedea și I. Biberi, *Viața și moartea în structura universului*, Ed. Enciclopedică Română, București, 1971.

O. Schwarz[81] a propus următoarea interpretare *antropologică* a „regresiunii" pe care o „aduce boala". Analiza pur cauzală a bolii găsește în ea numai un defect, o anomalie de material. În perspectivă biologică, boala este „viața în condiții modificate". Dar este vorba de un *om* bolnav: a fi bolnav înseamnă o existență umană modificată — viața trăită în forma *insuficienței.* Boala limitează libertatea omului, impietează asupra urmăririi țelurilor sale. În organismul omului bolnav predomină lupta *biologică* pentru restabilirea stării de sănătate, finalitate intrinsecă acestui organism. Pronosticul devine infaust atunci cînd autoreglarea eșuează: finalitatea este atunci *redusă* la cauzalitate. Prin boală, *persoana* umană devine un simplu *individ* biologic. Prin moarte, omul devine un simplu *obiect.* Boala *depreciază, devalorizează.*

Altfel spus, dacă fizica se ocupă de cauze și efecte; dacă biologia are în vedere „finalități" (Rothschuh ar zice: ordinea *bionomă*), antropologia se preocupă și de *sensuri,* ca și de valori.

20. *HOMO HUMANUS*

Viktor Frankl se ocupă de un aspect al „spiritualității" umane implicat în atitudinea sa existențială. Restituind psihologiei „sufletul" (în pofida neurofiziologilor!), nu avem încă toate premisele pentru o viziune adecvată a omului: în această interpretare psihologistă omul rămîne încă un „homunculus". Psihologiei trebuie să-i restituim și „spiritul". Trebuie să luăm în considerare *planul* facticității psiho-

[81] *Uber Wesen und Aufgabe einer medizinischen Anthropologie,* în vol. *Einheitsbestrebungen in der Medizin,* Ed. Steinkopf, Dresden, 1933, p. 84 ș.u.

fizice-organismice, dar și *spațiul* existenței spiritual-personale. A ne ridica deasupra acestui plan, înseamnă, de fapt, a „exista"; căci omul nu este numai ceva *faptic; este* — în mare măsură — ceva *facultativ*. Relativ la planul faptic am putea vorbi despre un *paralelism psihofizic*. Relativ la existența „spirituală", trebuie să vorbim, însă, de un *antagonism psiho-noetic* — căci omul are capacitatea de a se *distanța* de propria sa lume organică sau *chiar psihică*, de a privi critic, de a se opune tendințelor sau servituților ce pornesc din ea *(Trotzmacht des Geistes)*. Libertatea și responsabilitatea aparțin nivelului spiritual. Numai în această viziune, omul este un *homo humanus*. Pentru acest om, importantă nu este starea de boală, ci atitudinea față de ea. Psihologia lui *logos* este — în opoziție cu psihologia abisală, o psihologie a *altitudinilor* (a înălțimilor). La acest „nucleu" uman specific, rezistent, al personalității, face apel psihoterapia pe care o preconizează Frankl: *logoterapia*[82]. Este o terapie care ajută bolnavului să găsească un sens vieții, suferinței, bolii chiar. Metodologia sa terapeutică este uneori uimitoare: ca exemplu poate fi citată *intenția paradoxă;* ea constă în a obliga nevroticul cu obsesii să și le readucă în conștiință, voluntar, de un număr cît mai mare de ori.

V. Frankl este un autor extrem de productiv. În anexa bibliografică a capitolului pe care l-am rezumat sînt citate 31 volume apărute în diferite limbi[83].

Homo humanus al lui V. Frankl are „voința de sens". Pentru omul autentic, această *Wille zum Sinn*

---

[82] V. Frankl, *Grundriss der Existenzanalyse und Logotherapie*, în *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, vol. III, 1959, p. 663—736.

[83] Printre ele: *Arztliche Seelsorge* (1946), *Trotzdem-Ja zum Leben sagen* (1946); *Homo patiens* (1950); *Logos und Existenz* (1951), *Die Existenzanalyse und die Probleme der Zeit* (1947), *Psychotherapie für den Laien* (1969).

Scanned with OKEN Scanner

domină, prin integrare, voința de putere despre care vorbea Nietzsche *(Wille zur Macht)* și „voința de plăcere" corespunzătoare *libido*-ului freudian.

21. *ANTROPOLOGIA EXISTENȚIALĂ*

După această concepție, nucleul cel mai intim al persoanei umane, situat totodată dincoace și dincolo de psihologie (transpsihologic), bazîndu-se pe psihologie ca pe un temei de potențialități, depășind „faptul psihologic" prin intenționalitate — este *Existența (Dasein).* Nucleul existențial este alcătuit din „posibilități de a fi" și el tinde să se realizeze; ceea ce s-a realizat deplin alcătuiește cîmpul sesizabil al facticității, obiectivabil, de care se ocupă psihologia; cîmpul intermediar este cîmpul (neobiectivabil, dar care poate fi „trăit") *facultativității existențiale*[84]. Ca metode de a „ajunge" la nucleul existențial, antropologia va folosi *interpretarea* (hermeneutica) a ceea ce este obiectivabil, ca și a ceea ce nu este obiectivabil dar poate fi trăit — și, mai ales, o *intuire* particulară. Printre structurile (momentele, potențele) fundamentale ale acestui *Dasein* („existențialele"), Heidegger conturează „ființarea în lume" *(Inder-Welt-Sein)* din care rezultă, pe treptele realizării, schema despre lume și Eul. O altă trăsătură fundamentală este *capacitatea de autoluminare,* de unde rezultă „trăirea" propriu-zisă cu diverse grade de claritate, pînă la conștiință. Mai departe — găsim *capacitatea de semnificare:* în lumea organică ea „generează" finalitatea, în lumea spirituală — realizarea de valori. De capacitatea de „a fi în timp" se leagă: *timpul „simplu trăit" (Gelebt)* al devenirii psihice primare *(temps vécu,* Minkowski); *durata* lui Bergson (timp sesizat, *erlebt),* ca și timpul fizic — gîndit și trăit. În mod

---

[84] H. Binder, *Die menschliche Person,* p. 168—203. Idei asemănătoare se întîlnesc și la Ileana Răceanu, *Omul sub semnul posibilului,* Ed. Politică, București, 1974.

analog, întîlnim capacitatea de „a fi în spațiu“ *(Räumlichung)*. O trăsătură ce se cere a fi subliniată este *capacitatea de a fi liber*, cu mai multe trepte și variante distincte (libertatea de a fi; libertatea drumului ales; libertatea exprimată prin *și-și;* libertatea întru echilibrare și întru autorealizare; libertatea de decizie și de alegere; libertatea scopului; libertatea exprimată prin *sau-sau;* libertatea întru non-echilibru și întru autoîmplinire).

„Existența“ privită ca temelia cea mai adîncă din care crește sistemul ordonat al personalizării progresive — ne duce la *conceptul* (cu adevărat) *antropologic* al persoanei. Acest concept cuprinde atît sistemul de ordonare obiectiv sesizabil, fiziologic-psihologic al autoreglării, cît și baza creatoare-potențială, „neobiectivabilă“ a acestuia (H. Binder). Caracterul eminamente creator se manifestă așadar atît în *Dasein* ca fundament, cît și în *Eu-Însumi* ca o culme a persoanei. Cît despre *adîncimile* „existențiale“, ele ne sînt revelate cu deosebire în situațiile excepționale pe care K. Jaspers le-a denumit *situații-limită*. „Actul existențial“ constă de multe ori în deșteptarea și preluarea unor potențialități latente în sfera endotimă; nu a *oricăror* potențialități, deoarece actul are implicații de responsabilitate, obligații, îndatoriri. Relațiile cu „binele etic“ sînt, aici, evidente. Rezultă, printre altele, că răutatea rezidă în omenescul persoanei și nu este un „rest al animalității“ din noi.

Consecințele *medicale* ale acestui punct de vedere sînt multiple. Mai întîi, firește, medicului i se atrage atenția că trebuie să aibă grijă — nu numai de aspectul somatic al bolnavului său, ci (măcar!) *și* de ceea ce este specific omenesc în acest bolnav, dacă nu în primul rînd de acesta. Corolarul are implicații asupra relațiilor *personale* dintre medic și pacient. Medicului i se mai atrage atenția că trebuie să țină seama și de ceea ce nu este obiectivabil — și de ceea ce nu este neapărat actual (ci constituie o *virtualitate)*. Datoria de a vedea în libertatea de decizie și de alegere a pacientului și *altceva* decît o iluzie, completează premisele unei veritabile „umanizări“ a relațiilor dintre medic și bolnav.

Scanned with OKEN Scanner

Mai departe, *boala* dobîndește o interpretare „personală", dacă este apreciată din punctul de vedere al restrîngerii și pierderii libertății bolnavului pe care o provoacă.

Din acest punct de vedere, există cazuri și boli în care libertatea *spirituală* a bolnavului este intactă și altele în care ea este practic nimicită. Medicul trebuie să țină seama întotdeauna de „potențialitățile existențiale" ale bolnavului.

Antropologia existențială (sau existențialistă?) a fost punctul de plecare al unei directive „ontologice" în psihopatologie. Constatările psihiatrice privitoare la „timpul trăit" au dus la reinterpretări ale unor boli mintale. În depresiunea melancolică endogenă se întîlnește o incapacitate de a „trăi" devenirea, de a folosi viitorul ca receptacol pentru proiecte și pentru speranțe (Minkowski). În unele nevroze, sentimentul devenirii este eclipsat prin „constatarea" insolubilității conflictului: se *fixează* o *stagnare* (v. Gebsattel).

L. Binswanger[85] a elaborat o metodă analitică *(Daseinanalyse)* în care stările psihice morbide sînt *înțelese* din punctul de vedere al existențialelor: în manie, de exemplu, sesizăm o degradare spre „neesențialitate". În schizofrenie procesul este mai complex; Eul se despică în alternative rigide și în tensiuni antinomice, ca urmare a alterării relațiilor de putere și comunicare între persoană și mediul ei. O noțiune de bază a analizei existențiale este aceea de *istoricitate* (prin aceasta se înțelege nu numai suma antecedentelor, ci și prelucrarea creatoare a experienței de viață, cu „metamorfoza" corelativă a persoanei). Prin *orientare antropologică în psihoterapie* se înțelege psihoterapia care pune accent tocmai pe „imponderabilul neobiectivabil" la care ne-am referit (v. Gebsattel). S-au etichetat drept *nevroze existențiale*, acelea în care (din cauza complexelor) este împiedicată realizarea unor potențialități intime ale nucleului persoanei. Se vorbește, de asemeni, de *psihoterapie ape-*

---

[85] L. Binswanger, *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Zürich, 1942; L. Binswanger, *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, I, Bern, 1947; L. Binswanger, *Drei formen missglückten Daseins*, Tübingen, 1956; M. Boss, *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*, Bern u. Stuttgart, 1957.

lativă: „se face apel" activ și nemijlocit la eul bolnavului-partener, pentru luarea de atitudini și decizie. O psihoterapie „universală", în sensul că nu neglijează nici una dintre sferele psihice ale omului, nu poate fi decît *sintetică*, „personală" în sensul de „personalistică" (Caruso). Etajului pulsional-biologic i se adresează psihanaliza; „logoterapia" lui Frankl se adresează etajului spiritual; psihoterapia apelativă se adresează mai ales etajului conștient-discursiv; psihoterapia „antropologică" este orientată către „nucleul existențial" al persoanei.

22. *HOMO ETHICUS*

Rolul factorului moral *stricto sensu*, în cadrul etiologiei, patokinezei și pronosticului, a fost variat apreciat în cursul istoriei medicinii. Concepțiile religioase și mistic-idealiste au văzut în îmbolnăvire consecința transgresării unor norme spirituale. Pînă în secolul al XIX-lea, psihiatria a luat în discuție *conflictul etic*, ca factor patogen; o cotitură de 180 de grade a adus-o psihanaliza, considerînd *rigorismul moral*, reprimarea tendințelor pulsionale și a impulsiunilor egoiste — ca factori uneori nevrotizanți. Psihosomatica a preluat unele dintre aceste interpretări: reținerea agresivității, de exemplu, se „convertește" în tulburări vegetative cronice, dacă nu chiar în autoagresiune. O mare însemnătate euristică o au cercetările psihanalitice (S. Freud ș.a.) care au semnalat ușurința cu care un *super-ego* tiranic generează sentimente de culpabilitate. Pe de altă parte E. Fromm a arătat că, în societatea capitalistă, individualistă și bazată pe concurență, tendințe inconștiente și conștiente funciar umane, ca cele de dragoste, imaginație creatoare și raționalitate, sînt periculos reprimate, generînd reacțiuni destructive, de violentare sau de refugiu în stări de toxicomanie.

Întreg capitolul psihosociologiei *delincvenței* reprezintă o zonă în care criminologia se intersectează cu

Scanned with OKEN Scanner

psihiatria, cunoscînd interpretări biologizante, patologiste, de psihologie abisală, etologice, sociologizante etc. Citățm: teoria degenerescenței (Morel și Magnan), teoria „insanității morale", teoria „criminalului înnăscut" (Lombroso), teoria instinctului de agresiune (K. Lorenz), teoria „dublului cromozom Y" etc. Punerea în evidență a rădăcinilor etologice ale comportamentului moral (Gehlen), în acord cu doctrina pluralismului etic, explică faptul că omul trăiește nu numai tensiunea între valoare și non-valoare (sau anti-valoare), ci și tensiunea *între* valori. Aceste rădăcini nu exclud, ci dimpotrivă fac posibilă mobilitatea ierarhiei valorilor morale, în funcție de condițiile social-istorice.

O poziție specială o deține concepția lui H. Baruk. Deși Baruk este autorul care a reușit să producă psihoze experimentale la animale prin administrare de hormoni, acest psihiatru crede că în *conștiința morală* rezidă forța principală care face să acționeze personalitatea și care-i dă sensul orientării. Actul specific uman ar fi un act moral, judecata specific umană este o judecată de valoare; unul dintre sentimentele care rezistă cel mai mult la dezagregarea psihotică este sentimentul justiției și al injustiției. El poate fi explorat prin teste (testul „Tsedek"). Baruk — gîndind pe linia tradiției morale ebraice — pune în evidență nevroze prin *refularea* conștiinței morale[86].

23. *OMUL CA SISTEM*

„Abordarea sistemică" înseamnă folosirea *teoriei generale a sistemelor* (preconizată de L. v. Bertalanffy) pentru studiul unei realități concrete. Teoria

---

[86] Lucrările sale principale sînt: *Psychiatrie morale expérimentale*, P.U.F., Paris, 1945 și *Traité de Psychiatrie*, Ed. Masson, Paris, 1959.

sistemelor poate fi o cale către o „antropologie abstractă“[87]. Abordarea *sistemică* trebuie deosebită de abordarea *taxonomic-sistematică*, familiară naturaliștilor (de la Linné încoace) și de abordarea *organismic-sistemică* (pe „sisteme de organe“), familiară anatomiștilor și fiziologilor.

Prin „sistem“ se poate înțelege o mulțime de „elemente“ între care presupunem, constatăm, stabilim sau instaurăm relații apte de a fi definite. În particular, *sistemul ontic* este cel între elementele cărora există efectiv interacțiune pe plan obiectiv („material“, ontologic): de exemplu, ființa umană. (Spre deosebire de asemenea sisteme, *sistemele gnozice* sînt cele între elementele cărora se pot stabili relații de asemănare, ordonare, simbolizare etc.; sistemele taxonomice sau „sistemul periodic al elementelor“ sînt astfel de sisteme). Asemenea definiții și distincții sînt proprii autorului; prin *sisteme* (pur și simplu), diferite teorii matematizate contemporane înțeleg *alte* noțiuni decît cele explicitate mai sus.

Abordarea sistemică extinde, într-un anumit sens, efortul ciberneticii de descriere abstractă (topologică, matematizată etc.) a realităților complexe. În diferitele variante ale acesteia, întîlnim: descrieri *parametrice;* descrieri *funcționale* (inclusiv teleonomice!); descrieri de *comportament;* descrieri *„morfologice“* (de substrat și de structură). Descrierile morfologice, la rîndul lor, pot include: componența; structura arhitectonică; structura morfologică propriu-zisă; structura funcțională.

Esența abordării sistemice este folosirea (operatorie și operațională) a *legilor de sistem,* care caracterizează o „clasă de sisteme“, indiferent de natura fizico-chimică a componentelor și de geneza lor. Ființa

---

[87] Vezi: V. Săhleanu, *Omul ca sistem*, „Varia Anthropologica“, 1, 1972, p. 1—88; V. Săhleanu, *Teoria sistemelor ca o cale către o antropologie abstractă*, „Rev. Filozofie“, 1973, vol. 20, nr. 7, p. 813—820.

Scanned with OKEN Scanner

umană se prezintă, la o astfel de analiză (abordare) cu următoarele caracteristici de sistem: *integral, heterogen, anizotrop, geometric, deschis, substanțial, compartimentat, energetic, cu autoreglare, cu retroacțiuni, informațional, cibernetic, reactiv, ierarhizat, oscilator, neliniar, automat, dinamic, evolutiv, antientropic.* Fiecare dintre aceste douăzeci de caracterizări, *explicitată,* are, la rîndul ei, „implicații explicative" și pretinde o precizare adecvată ori de cîte ori se ia în considerare unul sau altul dintre aspectele ființei umane. Aceste caracterizări definesc omul pe latură *antropobiologică,* dar cele mai multe dintre ele caracterizează și psihicul uman: omul este un sistem *autoizomorf.* Accentul se va pune pe caracterizările *informaționale:* lumea semnalelor „prelungită" în lumea semnelor și a simbolurilor *(omul ca sistem semiotic).* Comportamentul reactiv se prelungește într-un joc strategic. Apar dimensiunile *semantice.* „Circuitul de reacție" al conștiinței este premisa unei autoreflectări și autocontrolări de ranguri tot mai înalte (orice *cogito* poate fi „cogitat"; orice atitudine poate fi ea însăși obiect de atitudine); în acest sens omul este un *sistem* cu *autodepășiri* virtual repetabile *(sistem transfinit).*

M. Malița[88] a insistat asupra a trei note: *antientropia* sistemului uman (care se organizează psihofizic și organizează ambianța, cheltuind energie); caracterul său *antialeator* (care pune, în joc strategic, cantități mici de energie, dar cantități mari de informație) și *autocinetismul.* Omul antientropic ține de dotarea sa cu voință; cel antialeator este omul inteligent; cel autocinetic este omul cu inițiativă, autoconducere, autoperfecționare.

I. Peatnițchi a arătat că unele considerații de pe platforma teoriei sistemelor automate aduc clarificări în pro-

[88] M. Malița, *Aurul cenușiu,* vol. III, p. 103—122.

Scanned with OKEN Scanner

bleme de mare relevanță: antropogeneză, sexualitate, creativitate, tipologie umană[89].

Oricum, punctul de vedere sistemic, deși abstract (sau tocmai de aceea!) poate fi o cale de unificare a „antropologiilor" atît de „dispersate" în ultimele decenii (antropologia fizică, socială, culturală, filozofică etc.).

24. *PSIHOSOMATICA AUTOFORMATIVĂ*

Medicina *Yoga* se cuvine să fie amintită aici, deoarece sistemul *Yoga* de cultură fizică și spirituală: 1) ținteşte nu numai întărirea sănătății, profilaxia bolilor, terapeutica unor stări morbide sau infirmități, ci și evoluția personalității în virtutea unui ideal; 2) înțelege ființa umană într-o continuă interacțiune somato-psihică și psiho-somatică; 3) caută să realizeze o stare de echilibru superior al ființei, prin raportare la echilibrele cosmice. Practicile *Yoga* implică, așadar, o antropologie „naturală" și nu presupun acceptarea vreunei doctrine filozofice sau religioase; legăturile lor cu mistica indiană sînt doar de ordin cultural-istoric, ceea ce a permis perfecta „laicizare" a practicilor și răspîndirea lor recentă, mai ales în mediul sportiv[90].

Yoga se realizează în opt etape, dintre care primele două *(yama* și *nyama)* constituie, mai curînd, un cod moral de atitudine și de comportare[91]. Etapa

---

[89] Cf. „Probleme de automatizare", vol. 7, Ed. Academiei R.S.R., București, 1972.

[90] Cf. A. Milanov și I. Borisova, *Yoga*, Ed. Stadion, București, 1972; L. Baroga și M. Baroga, *Yoga*, Ed. Stadion, București, 1973; S. Al-George, *Filosofia indiană în texte*, Ed. științifică, București, 1971.

[91] Ne călăuzim și după o lucrare, încă în manuscris, a Dr. M. Rădulescu.

Scanned with OKEN Scanner

treia și a patra constituie celebra *hatha-yoga* și ne interesează în primul rînd. În aceste etape se realizează poziții, posturi *(asanas* — tipice fiind 84 poziții) și exerciții respiratorii speciale *(pranayama).* Ele duc la luarea în stăpînire (autocontrol, autoreglare) a funcțiunilor corporale[92]. Urmează etape care țintesc mai ales cunoașterea rațională și concentrarea mintală, pînă la obținerea unei stări psihosomatice speciale *(samadhi)* pe care M. Eliade a numit-o „enstază". În afară de această cale, sistemul mai cunoaște o *yogă* afectivă *(bhakti-yoga),* o *yoga* a faptei *(karma-yoga)* etc.

Interpretarea specifică implică, pe deoparte, „alimentarea" optimizată cu un principiu vital, cosmic *(prana);* pe de altă parte, armonizarea intrinsecă în virtutea unor echilibrări ce pot fi descrise în termenii unei fiziologii *sui-generis,* care postulează centri *(chakras),* circulații de fluxuri etc. Exercițiile respiratorii pun în joc diafragmul, mușchi striat, capabil de funcționare automată și autonomă; ele permit o conectare a vieții voluntare cu viața vegetativă și un control al ultimei de către prima. Exercițiile respiratorii vizează, de asemeni, armonizarea bioritmurilor (cardiac, respirator, digestiv etc.), o mai bună oxigenare a țesuturilor dar, în același timp, și o „învățare" a lor cu un regim de relativă anoxibioză (stimulator al vitalității metabolice și de reglare, după I. Peatnițchi). Respirația pe nas — și alternativ pe cele două nări, exercită și un efect excitator asupra mucoasei nazale; dar nervii olfactivi sînt în strînsă corelație cu rinencefalul, cu creierul vegetativ și afectiv. Astfel, exercițiile respiratorii *yoga* cuprind coeficienți variabili de reflexoterapie. Modificarea interocepției și a proprioceptiei este obținută în

---

[92] O consecință pare a fi prelungirea tinereții și atingerea unei longevități incredibile. Yoghinul indian nu dorește nemurirea, ci dorește să nu fie *surprins* de moarte.

asanas, care pun în joc mai ales musculatura de extensie (mușchii antigravifici), supusă la un efort cu caracter izometric, static, de forță și care implică o considerabilă elongație a mușchilor de reacție, a tendoanelor și a ligamentelor. Intervine o oboseală specifică și, consecutiv, o ripostă de suprareglare și supraregenerare. S-a remarcat (și criticat) lipsa exercițiilor care să antreneze musculatura mimică a feței și mușchiului pielos al gîtului, ca și a celor cu caracter ciclic, izotonic. În schimb faptul că exercițiile yoghine au un caracter conștient artificial „le conferă independență față de condițiile și amenajările necesare practicării; executarea lor depinde numai de voința omului și de conștiința umană; ele, la rîndul lor, întăresc și perfecționează voința și gîndirea conștientă“[93].

Asanas însemnează însă și o schemă atitudinal-gestică ce simbolizează o anumită integrare în cosmos și impune o anumită activitate economică organelor interne. Yoghinul „asimilează ordine și construiește structuri psihosomatice și spirituale“ (M. Rădulescu). În această „comuniune antropocosmică“ se produce o relativizare a eului, o deplasare a atenției spre totalități, o hipostaziere a principiului identității abstracte: elemente favorabile combaterii fenomenelor prezente la vegetozici sau cenostopați.

În interpretare tradițională, *prana* este un principiu *energetic* — și unii autori au căutat să-l asimileze cu radiațiile cosmice sau cu ionii negativi din atmosferă! De fapt se acționează asupra vitalității (și am văzut că interpretările energetiste ale vitalității sînt caduce). Dar vitalitatea implicată este o vitalitate *spiritualizată*. Axul central al gîndirii *yoga* este unul etic[94]. Axiologia *yoga* se apropie de filo-

[93] D. Mateev, în A. Milanov și I. Borisova, *op. cit.*, p. 9.
[94] După M. Rădulescu, zona cerebrală implicată cu precădere este lobul (pre)frontal.

Scanned with OKEN Scanner

zofia morală elină, aspirînd la adevăr, frumos și bine.

În accepția lui Shry Yoghendra, *hatha-yoga* este *yoga fiziologică*. Acest autor a întemeiat (1918) la Bombay un prim institut destinat studierii științifice a sistemului. Poziția sa este categorică: „el nu oferă nici un sprijin religiei sau cultului... Aplicarea sa nu oferă credință". După Gupta, de asemeni, „*yoga* nu are un dumnezeu special sau mai mulți dumnezei".

În același grup (pe care l-am denumit „al psihosomaticii autoformative") introducem și cunoscutul *antrenament (training) autogen* al lui J. H. Schultz[95]. Metoda este în legătură genetică cu hipnoza, dar ea nu folosește „somnul" hipnotic (sau autohipnotic) ci o atenție de anumită calitate: o *autoconcentrare* care este, în același timp, o relaxare[96]. Metoda de *autocontrol* este învățată de la medic care conduce *verbal* instrucția, apoi este realizată de pacient *(autosugestie)* folosind formule verbale (cu glas tare, apoi mintal) și imaginația. Modificări obiective, atestate prin termometrie cutanată, pletismografie, electrocardiogramă, electroencefalogramă, spirometrie, dozări hormonale — însoțesc ameliorarea subiectivă. Ambiția întemeietorului metodei este de a se ajunge — prin cicluri succesive — la autodeterminarea reprezentărilor, sentimentelor și chiar a evaluărilor etice.

Mai amintim aici *antrenamentul psihoton* (E. de Winter și colaboratorii)[97].

Difuzarea tehnicilor psihosomatice autoformative în lumea sportivă nu este întîmplătoare, sportul im-

---

[95] Cf. I. Vianu, *Introducere în psihoterapie*, Ed. „Dacia", Cluj, 1975, p. 101—111.

[96] Tehnici de relaxare (nu numai de concentrare) sînt larg cuprinse în *hatha-yoga*. Cuvîntul „relaxare" a fost introdus de E. Jacobson.

[97] L. Baroga și M. Baroga, *op. cit.*, p. 80 ș. u.

plicînd o intimă integrare psihosomatică și o veritabilă operă de „modelare" a persoanei. Pledoaria cea mai recentă pentru extinderea sferei tradiționale a medicinii, dincolo de curativo-profilactic — către *formativ*, a pornit din medicina educației fizice din țara noastră (Al. Partheniu, 1975).

25. *HOMO HOMO*

O „psihologie informațională", într-o accepție *proprie* a ambelor cuvinte care alcătuiesc acest termen, a fost prezentată recent de către doi psihiatri români[98]. Omul este o „ființă care se apropie uneori de propria sa definiție". Omul este o ființă informațională, mai precis *sinformațională:* „omul este singura ființă care știe că poate comunica; el comunică și despre comunicare... Prin limbaj, omul devine singura ființă în care determinarea se poate transforma în libertate, iar libertatea în condiție de transformare a lumii". Modelarea cibernetică, după autori, „eludează specificul naturii umane, adică conștiința și... tot ce decurge din ea"[99]. În intenția autorilor, „psihologia informațională este o metodologie de abordare structuralistă a înțelegerii lui *homo significans*".

Ideea centrală a lucrării este triada interontică *„eu-tu-el"*. Prin această viziune, cred autorii, conștiința își *adaugă* atributul informației (al treilea mod de *continuum*, după spațiu și timp)[100]. Continuitatea

---

[98] Ed. Pamfil și D. Ogodescu, ***Psihologie și informație***, Ed. științifică, București, 1973.

[99] Există, însă, numeroase interpretări cibernetice ale conștiinței *(V.S.)*.

[100] Se vede, deci, că autorii sînt nereceptivi la „triada" substanță-energie-informație, subiectivizînd informația și restrîngînd-o la o accepție antropocentristă și antropomorfică. Este o poziție fenomenologică care voit „pune în paranteză" interpretările fizicaliste, biologice etc.

Scanned with OKEN Scanner

vieții psihice este asigurată de negentropie; în alienarea culturală sau psihopatologică, informația este „înlocuită" cu redundanța, „expresie a discontinuității vieții psihice". Schizofrenia este o „entropofrenie" (Ogodescu.)

Psihiatria sinformațională este explicit și implicit axiologică. Din aceeași școală, Șt. Stoessel a subliniat faptul că lumea umană este „sudată prin forța cîmpului informațional". *Structurile* receptoare „decid care eveniment poate sau nu deveni informație" (explicită, *V.S.),* putîndu-se vorbi despre o *prevalență semantică a structurii.* Omul „descoperă, enunță, instaurează semnificații prin decizia sa asupra sensului ce-l are pentru el un eveniment oarecare". Omul este, pe de altă parte, ființa „desfășurărilor antientropice", alt nume dat pentru autodepășire. Patologia, în bună parte este „un viciu al autodepășirii" iar psihopatologia descrie *tipurile de dezordini* „în ființa prin excelență informatică, care este omul"[101].

26. *MEDICINA AXIOLOGICĂ*[102]

Asupra *valențelor umanitare* ale medicinii s-a scris foarte mult; ca și asupra obligațiilor *deontologice* și *etice* ale medicului, decurgînd din responsabilitățile sale sociale și umane. În „medicina axiologică" este vorba însă de altceva: de *explicita* luare în considerare a faptului că omul este o ființă axiologică (un „animal axiologic"), că omul trăiește într-un univers de *valori,* că este o ființă dotată cu axiotropism (după expresia gînditorului român Eugeniu Speranția). Să-

[101] Șt. Stoessel, *Contribuții la interrelația centru-periferie în psihiatrie,* Teză, Timișoara, 1970.

[102] V. Săhleanu, *Prolegomene la o medicină axiologică,* „Forum-științe sociale", vol. 5, 1973, nr. 2, p. 166—170.

nătatea, boala, viața, moartea sînt *valori* printre altele, într-o *ierarhie de valori*, cu determinism în ultimă instanță social-istorică, dar cu variante individuale ținînd de temperament, cultură, biografie. Se poate arăta că nici *viața*, nici *sănătatea* nu pot fi privite ca indiscutabile „valori supreme" (atunci eroismul ar fi patologic, iar ipohondria — o atitudine exemplară). O interesantă tipologie (F. Baumgarten) opune pe omul *Werkgebunden*, care se sacrifică pentru realizări, omului *Lebensgebunden*, care poate fi un *jouisseur* al vieții. Implicațiilor *atitudinii axiologice* în medicina instituționalizată ca și în „trăirea" bolii (dar și a sănătății!) de către om, nu li s-a dat, însă, cel puțin pînă acum, atenția cuvenită[103]. Însăși conceptul de „normalitate" ascunde vaste implicații axiologice (Canguilhem ș.a.)[104].

[103] O încercare de a introduce punctul de vedere axiologic în sexologia medicală se găsește în V. Săhleanu și M. Măicănescu-Georgescu, *Introducere în sexologia masculină*, Ed. Medicală, București, 1966 .

[104] A se vedea: M. Dufrenne, *Pentru om*, Ed. Politică, București, 1971, p. 214—215.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINSUL

Cuvînt înainte 5

Partea I-a

CONCEPȚII DESPRE ORGANISMUL UMAN

1. Concepțiile dinamice în patologie 7
2. Poziția lui R. Leriche 13
3. Organicism, structuralism, holism 17
4. Concepția organismică a lui L. v. Bertalanffy 21
5. Patologia „corelativă" 23
6. Concepția lui D. Danielopolu 27
7. *Stress* și „boli de adaptare" 35
8. „Agresologia" lui H. Laborit 45
9. Neohipocratismul 51
10. Tendințele unificatoare din medicina interbelică germană 53
11. Medicina constituției 54
12. „Terapia constituțională" 60
13. Patologia chimică 62
14. Miciurinismul 72
15. Nervismul pavlovist 75
16. Concepția lui A. D. Speranski 82
17. Concepția lui G. și C. Tardieu 88
18. Medicina terenului 89
19. Concepția lui C. și O. Vogt 93
20. Medicina cibernetică 96
21. Medicina informațională 104
22. Concepția imunologică 105
23. Doctrina vitalității 109
24. Naturismul 113

Scanned with OKEN Scanner

25. Acupunctura 114
26. Homeopatia contemporană 117

Partea a II-a

SPRE O MEDICINĂ ANTROPOLOGICĂ

1. Introducere 123
2. Distincţiile lui P. Christian 125
3. Medicina biotipologică 128
4. „Teoria organismului" la K. Rothschuh 141
5. Psihanaliza 149
6. Concepţia lui A. Adler 157
7. Medicina psihosomatică 159
8. Concepţia lui K. Goldstein 169
9. Poziţia lui M. Kernbach 174
10. Antropologia corpului uman 177
11. Antropologia situaţiei morbide (W. Doerr) 181
12. Perspective evoluţioniste 183
13. Perspectiva etologică 189
14. Perspectiva „ergologică" 193
15. Perspectiva biopopulaţionistă şi bioecologică 195
16. Medicina şi „esenţa" umană 197
17. Medicina persoanei 201
18. Fiziologia antropologică a corporalităţii 207
19. *Homo patiens* 209
20. *Homo humanus* 214
21. Antropologia existenţială 216
22. *Homo ethicus* 219
23. Omul ca sistem 220
24. Psihosomatica autoformativă 223
25. *Homo homo* 227
26. Medicina axiologică 228

*

Cuprinsul 230

Scanned with OKEN Scanner